الفصل الخامس والعشرون

مقـدمة فى عـلم نفس الصحة

An Introduction to health Psychology

Robert J. Edelman روبـرت إيدلمان

الفصل الخامس والعشرون

مقدمة فى علم نفس الصحة

Robert J . Edelman روبرت إيدلمان

تعريف علم النفس الصحى :

على الرغم من الاعتراف بالتفاعل بين العقل والجسم منذ وقت طويل ، إلا أن الاعتراف تزايد خلال العقدين الأخيرين بأهمية العمليات النفسية فى خبرة الصحة والمرض . وقد كان المحفز لذلك عدداً من العوامل ، فبعد التحكم فى الأمراض الحادة الناتجة عن العدوى ، ظلت النسبة الباقية من الأمراض بما فى ذلك الأمراض المزمنة ثابتة التزايد ، وتشمل الاسباب المؤديه للموت فى الوقت الحاضر أمراض القلب والسرطان والسكتة الدماغية [1] التى تتأثر جميعها بعوامل نمط الحياة مثل التغذية والتدخين وممارسة الرياضة . يضاف إلى ذلك أن الأمراض المزمنة ، مثل : الربو [2] والسكر [3] والتهاب المفاصل[4] ، والتى يكون الشفاء منها أقل تعلقاً بعوامل نمط الحياة ، يعيش الناس اعواماً فى محاولة التغلب على الأعراض الجسمية والارجاع الانفعالية المرتبطة بها . وتعد أساليب رعاية الذات والتحكم فى الذات من الجوانب المهمة فى مجال الرعاية الصحية فى مثل هذه الحالات . يساند هذه القضايا أن العقدين الأخيرين شهدا تطور أساليب سلوكية فعالة ومجالات بحوث مساندة موجهة نحو تعديل نمط الحياة ، وخفض الكدر المرتبط بخبرة العلاج ، وتيسير التغلب على المرض والتوافق معه .

وقد أعلن اهتمام علماء النفس بهذه القضايا ظهور مصطلح علم النفس الصحى [5] فى منتصف السبعينيات ؛ ليصف تطبيقات النظريات والممارسات النفسية على مشكلات الصحة الجسمية (Stone , 1991 . (انظر على سبيل المثال العدد الخاص من مجلة علم النفس الأكلينكى والإرشادى ، ١٩٩٢ ، ٦٠ (٤) والذى يقدم مراجعة للتطورات على مدى العقد الماضى) . وأكثر التعريفات التى يحال إليها على نطاق واسع فى هذا المجال هى التى اقترحها جوزيف ماتورازو Joseph Matorazzo، وتبناها مع تعديلات محدودة قسم علم النفس الصحى فى جمعية علم النفس الأمريكية عام ١٩٨٠ ، وينص على الآتى: علم النفس الصحى هو مجموع الإسهامات التربوية والعلمية والمهنية لعلم النفس فى تحسين الصحة والمحافظة عليها ، ومنع الأمراض وعلاجها وتحديد المتعلقات التشخيصية والخاصة بأسباب المرض ،

---

(1) Stroke .
(2) Asthma .
(3) Diabetes .
(4) Arthritis .
(5) Health Psychology .

والاضطرابات المتعلقة به ، وتحليل وتحسين نظم الرعاية الصحيه وصياغة السياسة الصحية (Matoraz-zo , 1980 : 815) .

ويعكس هذا التعريف متصلاً عريضاً للاهتمامات ، يتراوح بين العوامل المحددة لصحة الشخص ، إلى تلك العوامل المؤثرة فى قدرة الشخص على التغلب على المرض . وتتضمن القضايا المتعلقة بالتعريف السابق تحسين الصحه ومنع المرض ، وخبرة التعرض للمرض ، وتلقى العلاج الطبى . وقد تم تناول هذه القضايا فى الجزء الأول من الفصل ، وتشكل أساليب التغلب على المرض الجزء الثانى منه . وتدور الإسهامات النفسية فى تحسين الصحة ، ومنع المرض فى ثلاثة مجالات عريضة : تحديد عوامل الخطر السلوكية المتعلقة بالأمراض المزمنة المهددة للحياة ، وفحص العوامل التى تحدد السلوك المتعلق بالصحة ، والمدى الذى يمكن تشجيع الناس إليه لتعديل أنماط حياتهم ، من خلال تبنى السلوكيات الصحية . وبالمثل ترتكز الإسهامات النفسية فى فهم خبرة أن يكون المرء مريضاً ويتلقى علاجاً على ثلاثة مجالات عريضة، هى : التواصل بين الطبيب والمريض ، والإذعان للنصيحة الطبية ، والاستجابة للإقامة فى المستشفى وإجراء جراحة .

وعلى الرغم من وجود حالات فى سياق الصحة العضوية ، يكون من الملائم للأخصائى النفسى الأكلينيكى أن يعمل فيها مع العملاء الافراد مباشرة ، إلا أن هناك أوقاتاً أخرى ، يتعين خلالها سؤال الأخصائى النفسى الأكلينيكى النصح فيما يخص الممارسات ، التى تؤدى إلى تحسن رعاية المريض أو تحسن صحته . ويتعين أن يتضمن ذلك التدخلات على مستوى أجنحة المستشفى ، أو استراتيجيات أكثر عمومية ، تهدف إلى توصيل المعلومات للمرضى ، أو للجمهور العام من خلال حملات التوعية الصحية والهدف من المادة المقدمة فى هذا الفصل هو توفير مقدمة لعلم النفس الصحى للأخصائيين الأكلينيكيين سواء أولئك الضالعين فى بحوث الرعاية الصحية ، أو أولئك الذين يعملون فى مجال الممارسة الطبية العامة أو الذين يتلقون إحالات من الأطباء فى المستشفيات .

علم النفس فى الصحه والمرض

محددات السلوك المتعلق بالصحة

نمط الحياة والصحة

يعترف بعض المؤلفين أن نمط الحياة يلعب دوراً جوهرياً فى المرض – وعلى العكس من ذلك يعتبر نمط الحياة عاملاً اساسياً فى تحسين الصحة ومنع المرض وعلاجه (مثال ذلك: Jeffery, 1989). وتتضمن عوامل الخطر المعروفة التدخين واستخدام العقاقير المحظورة ، والإسراف فى استهلاك الكحول ، وعادات التغذية ونقص الممارسة الكافية للرياضة . يضاف إلى ذلك أن عدة آلاف من الناس يصابون كل عام فى حوادث السيارات ، أو فى حوادث داخل البيت ، أو العمل وهى حوادث يمكن منعها .

ويبدو من الصعب تقييم المدى الذى يتضمنه كل نمط من أنماط الحياة من تهديد للصحة ؛ حيث دائما ماتظهر عناصر نمط الحياة معاً باعتبارها مجموعة متجانسة . وبالتالى فشخص مايدخن ويشرب يكون هناك إحتمال أكبر أن ينخرط فى عادات غير جيدة لتناول الطعام ، وممارسة غير ملائمه للرياضة . وعلى الرغم من ذلك ، يبدو ان بعض عوامل الخطر تتضمن إمكانية أكبر لإتلاف الصحة من غيرها . مثال

ذلك أنه من الواضح أن الممارسة غير الآمنة للجنس عامل أساسى فى الإيدز (١) ، بالاضافة إلى ذلك يقدر أن ربع الوفيات الناتجة عن السرطان هى مما يمكن تجنبه ببساطة ، من خلال تعديل عادات التدخين . وبالمثل يمكن خفض أمراض الشرايين التاجية بنسبة الخمس ، إذا خفض الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٥ ، ٥٥ عاما من وزنهم بنسبة ١٠٪ (Kannel and Eaker , 1986) . والأمر بالنسبة لممارسة الرياضة أقل وضوحًا على الرغم من أن الدلائل توحى أن النشاط البدنى المنتظم يمكن أن يخفض من حدوث الأمراض المزمنة ، وربما يؤدى إلى اطالة العمر عدة سنوات أخرى قليلة . (Bouchard et al ., 1990) ويؤكد البعض بقدر أكبر من القوة على أن الدليل على أن نمط الحياة الرتيبة يخفض من توقعات الحياة لدى كل من الرجال والنساء ، ويسهم بشكل مستقل فى تطوير عديد من الأمراض المزمنة المنتشرة دليل حقيقى وأن الشواهد عليه متزايدة (Dubbert , 1992 : 616) والدلائل على عوامل الخطر الأخرى مثل الكولسترول (٢) غير قاطعة بالأخرى .

وعلى الرغم من أن سوء التغذية نادر للغاية الآن فى العالم الغربى ، إلا أن التوازن الغذائى من الأمراض الحادة والمزمنة ، والغذاء المتضمن لنسبة عالية من الدهنيات ، يرتبط بسرطان الثدى والقولون والمستقيم والبروستاتا ، بالاضافة إلى تأثيراته فى أمراض القلب والسكتة المخية . وعلى النقيض من ذلك، فإن الغذاء الذى يتضمن نسبة عالية من الألياف يمكن أن يقى من سرطان القولون والمستقيم . ومن الأمور التى أصبحت مستقرة الآن أن السمنة (٣) ترتبط بقوة بضغط الدم المرتفع ، وزيادة البلازما والكلوسترول وأمراض الشرايين التاجية (Tohnston and Steptoe , 1989) . وترتبط السمنة ايضًا بحالات أخرى مهددة للصحة بما فى ذلك أمراض السكر والمرارة (٤).

ويمكن أن يكون للإفراط فى تعاطى الكحوليات تأثيرات مباشرة ، من خلال تليف الكبد (٥) على سبيل المثال أو تأثيرات غير مباشرة مثل زيادة إحتمالات التعرض لحوادث السيارات . ويرتبط الإفراط فى تعاطى الكحول ايضا بالتوتر المرتفع (٦) . ويعد التدخين من عوامل الخطر الرئيسية فى تطوير إنتفاخ الرئة (٧) والتهاب الشعب المزمن (٨) . وتبلغ نسبة المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ضعف تقريبًا غير المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ، كما أن المدخنين أميل بقدر أكبر للتعرض لسرطان الرئة وسرطان الفم وسرطان المثانة . وعندما يجتمع التدخين مع الكحول ، يؤدى التدخين إلى زيادة إحتمالات سرطان الحنجرة والمرئ والتجويف الفمى . وباجتماعه مع عوامل الخطر الأخرى الخاصة بأمراض القلب مثل ارتفاع الكلوسترول يؤدى التدخين إلى زيادة مخاطر أمراض الشرايين التاجية . وقد تم الربط بين التدخين أثناء الحمل ، وبين زيادة مخاطر نمو جنين متخلف أو الإجهاض التلقائى . والتدخين غير الإرادى أو السلبى يزيد هو الآخر من مخاطر الأمراض والموت (Garland et al ., 1985) .

وأولئك الذين يعيشون حياة رتيبة يكونون اكثر ميلاً للتعرض لأمراض شرايين القلب والموت نتيجة لها من أولئك الذين يمارسون الرياضة بشكل منتظم . على الرغم من أن الأخيرين يكونون اكثر ميلاً

(1) AIDS .
(2) Cholesterol .
(3) Obesity .
(4) Gall blader diseases .
(5) Cirrhosis of Liver .
(6) Hypertension .
(7) Emphysema .
(8) Bronchitis .

لأخطار أمراض القلب الشريانية إذا كانوا أكثر وزنًا أو تدخينًا (Dishman et al ., 1985) وتوحى الدراسات أن الممارسة المنتظمة للرياضة تقلل عدد مخاطر الأمراض المهددة للحياة ، بما فى ذلك أمراض الشرايين التاجية والسرطان (Blaire et al ., 1989) ، وكذلك فى المساعدة على التحكم فى مرض السكر والسمنه والاكتئاب (Koplan et al ., 1989). وتمثل الحوادث بما فى ذلك حوادث المرور ، والحوادث داخل البيت أو العمل أحد الأسباب الرئيسية لاحتمالات الموت بين الأطفال والمراهقين والشباب على وجه الخصوص . ومع ذلك ، فهناك القليل حتى الآن من البحوث ، التى كرست لفهم هذه المخاطر والإقلال منها . والاهتمامات بالسلوك الآمن للأطفال يحتمل أن يصبح مجالاً فى بحوث علم النفس الصحى فى المستقبل (مثال ذلك : Ampofo - Boateng and Thomson , 1989) والأسلوب الأفضل فى كل حالة من الحالات ، التى سبق ذكرها للتعامل مع المشكلة هو إيقاف السلوك ، أو تعديله بدلاً من علاج الأمراض العضوية أو الإصابات ، وبالتالى لاتحدث هذه الأمراض او الاصابات . وسواء قام شخص ما بممارسة السلوك الصحى أم لا ، فإنه يتأثر بالعوامل الاجتماعية والانفعالية والمعرفية . وفى ضوء ذلك هناك نظريتان مهمتان حول تغيير نمط الحياة هما: نظري فشبين Fishbein فى السلوك المبرر(1) (Ajzen and Madden , 1986 ; Fishbein and Ajzen , 1975) ، ونموذج المعتقدات الصحية (2) (Becker, 1974) .

نظريات تغيير نمط الحياة

نظرية فشبين فى السلوك المبرر

ترى النظرية أن قدرًا كبيرًا من سلوكنا يخضع للتحكم الإرادى ومحكوم بالمقاصد (Fishbein and Ajzen , 1975) ، وتتأثر المقاصد بكل من اتجاهاتنا نحو هذا السلوك والمعايير الذاتية حول مدى ملائمته . وتتشكل المعايير الذاتية مما يعتقد أن الناس يعتبرونه السلوك الملائم (المعتقدات المعيارية) ، ودافعيتنا للإذعان لهذه المعايير ، مثال ذلك إذا قصدت التوقف عن التدخين لكى أصبح أكثر صحة . وأعتقد أن تغييرًا سلوكيًا سيؤدى إلى النتيجة المرغوبة ، وأن الأشخاص المهمين بالنسبة لى سيؤيدون سلوكى فسيكون لدى قصد قوى لهذا السلوك . وعلى الرغم من أن نموذج فشبين استخدم للتنبؤ بمجال عريض من السلوك ، إلا أن استخدامه محدود فى بمجال السلوك المتعلق بالصحة . وهناك بعض البحوث التى أوضحت إمكانية تطبيق النموذج للتنبوء بقصد ممارسة الرياضة أو ممارسة سلوك معين . (Wurtele and Maddux , 1987) وفى التغذية من الزجاجة مقابل الرضاعة الطبيعية (Man- stead et al .,1983) .

وقد عرض أجزين ومادين Ajzen and Madden فى فترة أحدث صورة معدلة من النظرية، يشار إليها باعتبارها نظرية « السلوك المخطط » (3) (Ajzen and Madden , 1986) ، وهما يقترحان فيها ضرورة تعرف مدركات الأفراد نحو التحكم فى السلوك المستهدف ، بالإضافة إلى الاتجاهات والمعايير الذاتية ، وهو مكون شبيه بمفهوم باندورا Bandura الكفاءة الشخصية (4) (Ban- dura , 1977) . وتوفر نتائج دراسة حديثة حول سلوك ممارسة الفحص الذاتى للخصية (5) بحثًا عن

(1) Reasoned action .
(2) Health belief model .
(3) Planned Behaviour .
(4) Self - efficacy .
(5) Testicular self - examination (TSE) .

علامات سرطان الخصية ، دعماً لتعديلات النظرية (Brubaker and Wickers - ham , 1990) وقد ارتبط إجراء الفحص الذاتى للخصية جوهرياً بالاتجاهات نحو القيام بهذا الفحص والمعايير الذاتية (وبإحتمال أن الأشخاص الأخرين المهمين لدى الشخص يرغبون فى قيامه بهذا الفحص) ، فى الوقت الذى تؤدى فيه الاعتبارات الخاصة بالكفاءة الشخصية المدركه (الثقه فى القدره على القيام بفحص الخصية) ومعرفة طريقة الفحص إلى تحسن التنبؤ بالقصد .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن إحدى مشكلات النظرية هى أنها لاتضع فى الاعتبار القرارات غير المنطقية التى يتخذها الناس حول صحتهم ، مثل الفشل فى السعى إلى العلاج الطبى عند ظهور أعراض المرض . بالاضافة إلى مشكله أخرى هى ان المقاصد والسلوك ليسا مرتبطين بالضروره ، بمعنى أن السلوك قد لايتبع دائما القصد أو النية ومن المؤكد أن العلاقة بينهما يمكن أن يتوسطها مجال من العوامل التى تتضمن الخبرات الأولية والتاريخ السابق لمارسه السلوك الصحي.

نموذج المعتقدات الصحية :

طُور نمـوذج المعتقدات الصحية ليفسر وينبئ على وجه الخصـوص بالسلوك المتعـلق بالصحة (Becker , 1974) وقد طور بداية للتنبؤ بسلوك الوقايه الصحية ، كما يستخدم النموذج ايضاً للتنبؤ بسلوك كل من المرضى الحادين والمزمنين . ووفقاً للنموذج ، فإن احتمال قيام الشخص بإجراء وقائى يعتمد على عاملين : تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية ، وتقييم إيجابيات وسلبيات اتخاذ إجراءات إزائه . والتهديد المدرك للمرض دالة لإدراك الفرد لخطورة المشكلات الصحية ، وحساسية إدراكه لها ، ومؤشرات اتخاذ قرار بشأنها ، وقد تأخذ هذه الأخيرة صوراً مثل حملات وسائل الإعلام ، أو خطاب تذكير من الطبيب أو طبيب الأسنان ، والأمراض التى تحدث فى العائلة ، أو إدراك الشخص للأعراض التى تنم عنه. ويتـأثر إدراك تهديد المرض بالعوامل الديموجرافيـة ، مثل : العمر أو الجنس ، وعوامل الشخصية ، والمعلومات حول المشكلات الصحية أو التعرض لها .

وأخذاً فى الاعتبار العوامل الايجابية والسلبية فيما يختص بالقيام بإجراءات وقائية ، يلاحظ أن الناس يفكرون فيما إذا كانت الفوائد المدركة مثل خفض مخاطر تعرضهم لمشكلات صحية ترجح العوائق المدركة أو تكلفة اتخاذ هذا الإجراء ، وقد تتضمن مثل هذه التكلفة اعتبارات مالية حقيقية ، ولكنها قد تتضمن أيضاً إنشغالات أخرى أقل وضوحاً ، مثل الوقت المنفق . وبالتالى فإن الأشخاص الأكثر ميلاً لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولئك ، الذين يشعرون أنهم مهددون بعرض ما ، ويشعرون أن مزايا المراجعة الطبيه أرجح من التكلفة .

وقد أدى هذا النموذج إلى قدر كبير من البحوث ، التى دعم الكثير منها التنبؤات المستخلصة منه . وبالنظر إلى سلوك تحسين الصحة إتجهت البحوث نحو قضايا ، مثل : المشاركة فى برامج فحص سرطان عنق الرحم ، والحد من عوامل الخطر مثل الإقلاع عن التدخين ، وتغيير عادات التغذية .

ومن خلال مراجعة لـ ٢٤ دراسه فى هذا المجال ، إستخلص جانز وبيكر (Janz and Becker 1984) أن نية اتخاذ إجراء وقائى أرجح لدى أولئك الذين يعتقدون أنهم أكثر حساسية للظروف الصحية موضوع التساؤل ، وان المرض المتوقع ستكون له تاثيرات خطيرة ، وأن مزايا القيام بإجراءات وقائية تفوق التكاليف . وهناك تقارير حول نتائج مشـابهة فى ضـوء المدى ، الذى يذعن به الناس للنصيحة العلاجية (Becker and Rosenstock , 1984) . يضاف إلى ذلك ما أوضحته البحوث من أن مؤشرات القيام بإجراء مثل تذكر إجراء فحص ذاتى للثدى (Craun and Deppenbacher , 1987) تؤثر فى قرارات الشخص للقيام بإجراء وقائى .

وعلى الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج والبحوث التى حفزها ، إلا أنه لا يسلم من النقد ، مثال ذلك أنه لايضع فى الحسبان السلوك المتعلق بالصحة مثل غسيل الأسنان ، الذى يقوم به الناس بشكل معتاد، وثانيًا لاتوجد طريقة معيارية لقياس مكونات فى النموذج ، مثل الحساسية الإدراكية أو الخطورة . ولاشك أن هذا الأمر هو المسئول عن النتائج المتباينة فى مجال الدراسات ، وحقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات (مثال ذلك Weisenberg et al ., 1980) ثالثا ، وكما هو الحال بالنسبة لنظرية السلوك المبرر ، لايضع النموذج فى الحسبان حقيقة أن تكلفة ومزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر الزمن . بالإضافة إلى أن النظريتين يفترضان عقلانية إتخاذ القرار ، أى أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة فى سلوك معين ، وتعديل سلوكهم وفقًا لذلك بعناية . ولهذا ، وكما توحى عديد من الدراسات ، فإن اتخاذ الناس للقرارات يميل إلى الانحراف عن العقلانية . وتشير الكثير من نتائج البحوث إلى ان الناس متفائلون فيما يخص صحتهم بشكل غير واقعى (Wein-stein , 1982 , 1987) ولديهم خبرة ضئيلة بالتهديدات الصحية ، ونحن نعطى تقييماً أقل لأستهدافنا للمرض ، أو نجد أنه من الصعب تصور مايمكن ان يكون عليه مرض خطير . والواقع أن تعديل السلوك يحدث غالبا نتيجه لعوامل أقل تحديداً . (Weinstein , 1988) .

تحسين الصحة والوقاية من المرض

الهدف من تحسين الصحة هو مساعدة الناس على زياده تحكمهم فى صحتهم وتحسينها . ويقصد بذلك ممارسة السلوك الصحى الجيد ، مثل تناول الأغذيه المتوازنة ، وممارسة أساليب الوقاية الصحية ، مثل الفحص الذاتى للثدى ، وتجنب السلوك الصحى المشكوك فيه مثل الأفراط فى التدخين أوفى تعاطى الكحول . وبالتالى فإن هدف الأخصائيين النفسين ، والشركاء الآخرين المهتمين بهذه الأمور ، هو التدخل مع الأصحاء أكثر من التدخل مع المرضى ؛ بهدف تعظيم وتعزيز صحتهم ، وتعد برامج التعليم الصحى مهمه على وجه الخصوص فى هذا الإطار ، ولهذه البرامج ثلاثه أهداف محورية :

١ – توفير المعلومات الصحية .

٢ – تعديل الاتجاهات المتعلقة بالصحة لتؤدى إلى السلامة الصحية .

٣ – تعديل السلوك المتعلق بالصحة بطرق تؤدى بشكل أفضل لتحسين الصحة .

ومن الواضح أن توفير المعلومات خطوة أساسية فى تغيير الاتجاهات أو السلوك (Kirscht , 1983) ، والتى غالبًا ماتكون حملات الصحة العامة غير مجدية بالنسبة لها . ومن المهم بالنسبة لعمليتى توجيه المعلومات حول المخاطر وترجمتها إلى استراتيجيات ، تدخل فهم المفاهيم الجوهرية الخاصة بسلوك المخاطر . والمخاطر إما مطلقة أو نسبية أو تتعلق بالمجتمع العام . والمخاطر المطلقة عبارة عن الإحتمالات الخاصه بأن شخصًا ما سيتعرض للإصابة بمرض على امتداد فترة زمنية معينة . وتصل إحتمالات الخطر المطلق فى الولايات المتحده إلى ١١ حاله وفاه بين كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان الذين يبلغون الأربعين من أعمارهم نتيجة لسرطان الرئة (Mattson et al ., 1987) ، والمخاطر النسبية هى معدل حدوث المرض لدى الأشخاص المعرضين لعوامل الخطر ، مقارنة بغير المعرضين لهذه العوامل . وبالتالى فإن إحتمال حدوث سرطان الرئة لرجل فى الأربعين كثيف التدخين ، مقارنة بآخر غير مدخن تبلغ ١٠ إلى ١ (Mattson et al ., 1987) وأخيراً يقصد بالمخاطر المتعلقة بالمجتمع العام عدد الحالات ، التى كان يجب ألا تحدث لو لم يكن لعوامل الخطر وجود ، وبالتالى تعزى ١٠١,٠٠٠ حاله وفاة فى الولايات المتحدة

إلى التدخين سنوياً (Jeffery , 1989) . وعند التفكير فى حملات الصحة العامة ، توفر احتمالات المخاطر على مستوى المجتمع مؤشرات مهمه للعمل ، على الرغم من أن السلوكيات المؤدية لهذه المخاطر قد تكون بمثابه مخاطر شخصية مطلقة منخفضة أو متوسطة . وبالتالى فبالنسبة لعدد من السكان كثيفى التدخين يبلغ مليون نسمة ، ممن تكون أعمارهم ٣٥ عاماً ، فإن ١٠,٠٠٠ منهم يموتون بلا داعٍ ؛ نتيجة لهذه العادة قبل بلوغهم الخامسة والأربعين (Jeffery , 1989) . وتبلغ معدلات المخاطر المطلقه لسرطان الرئة ، بالنسبة لرجل فى الخامسة والثلاثين كثيف التدخين ٣ فى المئة فقط (Mattson et al ., 1987) . وفى ضوء ميل الأفراد إلى التركيز على المخاطر الشخصية ، التى يتعرضون لها بدلاً من المخاطر على مستوى المجتمع ، يصبح من غير المثير للدهشة أن تنتهى الحملات الدعائية الصحية دائماً بنتائج محدودة.

ويتحقق القدر الأكبر من النجاح ، عندما توجه المعلومات عن المخاطر للمجتمع الاكثر تعرضا للخطر ، أى إلى أولئك الذين يعدوا مستهدفين على وجه الخصوص للمرض . وتنظم برامج الوقاية من أمراض القلب على نطاق واسع لتشجيع التغذيه الصحيه وممارسة الرياضة ، وتغيير عادات أولئك المعرضين لخطر واضح لأمراض القلب (مثال ذلك : Shekelle et al., 1985) وتعد حملات الجنس الآمن ، وتجنب التعرض للشمس من الأمثلة الحديثة لذلك .

الجنس الآمن :

على الرغم من انتشار الأمراض التى تنتقل عن طريق الجنس ، إلا أن الكثير منها يمكن علاجه أو التحكم فيه بواسطه العقاقير . ويعد الإيدز إستثناءً رئيسياً من ذلك ، فالتقديرات المتعلقة بإحتمالات انتشار ڤيروس الإيدز (Hiv) مفزعة (Osborn , 1988) والطريقة الوحيدة لخفض خطر العدوى هى تغيير سلوك الناس . وتركز المحاولات الأولية فى هذا الشأن كثيراً على استخدام التحذيرات وإستثارة الخوف ، على الرغم من وجود عدد لايستهان به من البحوث توحى أن هناك إحتمالاً لتعديل السلوك ، إذا لم تقدم المعلومات بطريقة صريحة تستثير الخوف . وسيكون من المهم بالأحرى أن تقدم للناس خطوات عيانية وواقعية يستطيعون اتخاذها من جانبهم (Solomon and Delong , 1986) .

والواقع أن الحملات الأحدث تركز على توفير المعلومات والنصح . وتتضمن المعلومات دحض الكثير من المفاهيم الخاطئة حول إنتقال فيروس الإيدز . مثال ذلك أن احتضان شخص مايمكن أن ينقل الڤيروس ، أو أن الشواذ او متعاطيّ المخدرات فقط هم من يصابون بالإيدز (Batchelor , 1988) .

ويتعين للنصيحة ، والتى دائما ماتتم من خلال الحملات الاعلاميه أو نشرات التوعية الصحيه أن تؤكد على تشجيع الآتى :

١ - على أن ممارسة الجنس الآمن يكون من خلال اختيار الشريك الجنسى بعناية ، وتجنب الممارسات التى يمكن أن تؤدى إلى جروح فى الأنسجة واستخدام العازل (١) فى كل أشكال الاتصال الجنسى ، فيما عدا العلاقات الزوجية طويلة المدى .

٢ - تجنب المشاركة فى الحقن وإبر الحقن .

ويشير آخرون إلى ان تحقيق فعالية الوقاية يتطلب أن يكون العمل فى القضايا الخاصة بمجتمع

(1) Condom .

ماقائم على تفصيل أساليب التدخل وفق احتياجاته ، مثال ذلك ان تراعى الاعتبارات والديناميات الحضاريه العرقيه (مثال ذلك :May and Cochran , 1988) أو احتياجات المراهقين (مثال ذلك Flora and Thoresen , 1988) بالإضافة إلى احتياجات مجتمعات الشواذ (مثال ذلك : Joseph et al., 1987 .) وبالتالى فلكى يكون النصح فيما يتعلق بالإيدز فعالاً يتعين أن يتعلق نسبياً بالمجتمع ، الذى توجه إليه الرسالة . وأن يقدم بواسطة أفراد يمكن للمجموعة المهتمه تحديدها ، وأن تقدم على المستوى المجتمعى (May and Cochran, op. Cit.) وكما يذكر بيكر وجوزيف Becker and Joseph (1988) فإن التدخلات ، التى تتجه صوب مجموعات معينة مستخدمة مبادئ السلوك المجربة ، والحقيقة هى التى يجب تطبيقها .

وهناك دلائل متزايدة على أن الناس أصبحوا أكثر معرفة بالإيدز ، وأن الحملات أصبح لها بعض التأثير على الممارسات الجنسية ، وبالأخص فى مجتمعات الشواذ (مثال ذلك :Joseph et al , 1987). ومن المثير للشغف أن جوزيف وزملاءه وجدوا أن اللجوء إلى الممارسات الجنسية الأكثر أماناً لم يرتبط بالمعلومات حول الإيدز او بإدراك المخاطر ، أو إدراك كفاءة السلوك الجنسى الأكثر أمناً ، ولكنه يرتبط باعتقاد الناس أن أقرانهم غيروا عاداتهم . ولهذه النتائج صلة بنظرية فشبن Fishbin عن السلوك المبرر ، على الرغم من أن هذه النظرية لم تكن أساساً لهذه الدراسه . وتوجد دلائل ، فى مجتمعات الشواذ على الأقل على أن التوعيه بالإيدز وحملات الوقاية أدت إلى أعمق التعديلات للسلوك الصحى الشخصى بقدر ، لم يسبق تسجيل مثله من قبل (Stall et al ., 1988) .

عدم التعرض للشمس

أصبح من المؤكد الآن أن التعرض الكثيف لأشعة الشمس يلعب دوراً سببياً جوهرياً فى الإصابة بسرطان الجلد ، والمؤشرات على هذه السرطانات فى تزايد عاماً بعد عام ، ويمكن تجنب الكثير من الحالات باستخدام مانعات الشمس وإرتداء ملابس واقية ، أو ببساطة عدم التعرض للشمس . ولسوء الحظ دائماً مايعد الأغنياء والمشاهير مستمتعين ومرفهين إذا كانت بشرتهم سمراء . ويعد هؤلاء الأفراد بمثابة نماذج تقتدى (Keesling and Friedman , 1987) . وبالتالى يتم تدعيم السلوك الخطر . وعلى الرغم من حقيقة ان الكثير من حالات سرطان الجلد يمكن الوقاية منها ، من خلال تغيير الاتجاهات والعادات إلا أن الاخصائيين النفسيين الصحيين (١) منحوا القليل من الانتباه لهذه المشكله . ومع الزياده المستمره فى مؤشرات مثل هذه السرطانات ، والتى يزيد منها تهديد استنزاف الأوزون الجوى والأشعة فوق البنفسجية المؤذية ، فإن حملات التوعية بعدم التعرض للشمس يحتمل أن تتزايد فى المستقبل .

المرض والعلاج الطبى

على الرغم من الوضوح النسبى لضرورة استشارة الطبيب عند ظهور أعراض لمرض ما ، يبدو من الواضح تماماً أن الكثير من الناس لديهم أعراض تتضمن إحتمال وجود مرض خطير ، ويفشلون فى الاستجابة لها . بينما يسعى أخرون للحصول على الرعاية الطبية لمجرد ظهور أعراض بسيطة (Edel-mann , 1992) وتتباين إستجابات الأعراض العضوية كدالة لعدد من العوامل ، مثال ذلك أن النساء يستخدمن الخدمات الطبية أكثر من الرجال ، حتى مع إستبعاد الخدمات الطبية المطلوبة ، خلال فترة الحمل والولادة . ويذكر فيربروج (Verbrugge (1985 عدداً من التفسيرات المكنة لذلك ، من بينها أن

(1) Health Psychologists .

النساء يتعرضن للمرض أكثر من الرجال (مثال ذلك الحالات المزمنة ، والأمراض المزمنة غير القاتلة مثل التهاب المفاصل والصداع النصفى ، وليس الأمراض المزمنة القاتلة) .

وعلى الرغم من ذلك ، ونتيجة لتنميط الدور الجنسى ، قد يكون الرجال أكثر نفوراً ومقاومة للإقرار بمعاناتهم من أعراض مرضية .

ويميل تفسير الأعراض والسعى للحصول على الرعاية الصحية إلى التأثر بتفسيرات الأشخاص لأعراضهم ، ومعتقداتهم حول تأثير الرعاية الطبية . مثال ذلك قد تتزايد إحتمالات السعى للمشورة الطبية، عندما تكون الأعراض مخيفة أو عند إدراكها باعتبارها تمثل تهديداً (Zola , 1973) . يضاف إلى ذلك، واتساقا مع نموذج المعتقدات الصحية ، فإنه بقدر زيادة اعتقاد الشخص فى تأثير الرعاية الطبية بقدر زيادة احتمالات استخدامه للخدمات الصحية (Crandall and Duncan , 1981) وتعمل العوامل الاجتماعيه بمثابه المنبهات للناس للسعى ؛ للحصول على المساعدة الطبية عند وجود أعراض للمرض. ووفقًا لزولا (Op . cit .) فإن الناس يميلون بقدر أكبر للسعى للرعاية الطبية بعد معاناتهم من أزمة فى علاقاتهم ، وعندما تهددهم الأعراض بالحد من التفاعلات الاجتماعيه ، وعندما يكون هناك تأييد وتشجيع من الآخرين للسعى للحصول على المساعدة .

والتأخير فى السعى للحصول على الرعاية الصحية من الأمور الشائعة ، ويمكن أن يحدث فى ثلاث مراحل : عند تأخر التقييم (أى الوقت المنقضى فى تفسير العرض بوصفه علامة على مرض) وتأخر المرض (وهو الوقت المنقضى بين قرار المريض أنه يعانى مرضاً ، وبين قراره للسعى للحصول على الرعاية الصحية) ، والتأخر فى استخدام الرعاية الصحية (وهو الوقت بين السعى للحصول على الرعاية والحصول الفعلى على المساعدة الطبية) . (Safer et al ., 1979) وقد يكون التأخير بالنسبة لمرض مثل السرطان مهدداً للحياة ، بينما يوجد على النهاية الأخرى للمتصل أولئك المرضى ، الذين تتكرر استشاراتهم للطبيب دون وجود حاجة لذلك . وقد استخدم تعبير متوهمى المرض (١) ؛ للإشارة إلى أولئك الأشخاص المنشغلين بالأعراض ، مع عدم وجود أى حالة مرضية عضوية لديهم . ويرى واروبك وسالكوفسكى (Worwick and Salkovskis (1990) أن مرضى التوهم أكثر ميلاً لسوء تفسير أورامهم وبثورهم باعتبارها علامات مرض . ونتيجه لذلك يتكرر فحصهم لأعراضهم وسعيهم للحصول على المعلومات والتأكيدات الطبية .

يوجد بالتالى عدداً من الأسباب المتنوعة حول إساءة استخدام الناس للخدمات الصحيه ، أو فشلهم فى استخدامها ، أو تأخرهم فى هذا الاستخدام . ويضاف إلى هذه العوامل التى سبق ذكرها ، أن الرعاية الصحية تتأثر بالمثل بخبرة المريض ، بالاستشارات الطبية كما سبق مناقشتها .

التواصل مع المرضى :

يعلق لى Ley فى تلخيصه للبحوث قائلاً إن المرضى يرغبون بصفة عامة فى الحصول على المعلومات حول حالتهم وعلاجهم ، غير أن الكثيرين يشعرون أنه لم يتم إخبارهم بالمعلومات الكافية ، ولايفهم كثيرون مايتم إخبارهم به ، ولايتذكر آخرون ماقيل لهم (Ley , 1989 : 74) . والأمر المؤكد أن المرضى يختلفون فى مقدار المعلومات التى يريدونها ، كما يختلف الأطباء فى مقدار التدخل ، الذى يدعوهم المرضى اليه . ومن الواضح أن عدم التطابق بينهم سيحدد مدى تأثر علاقاتهم . وقد حللت دراسة

(1) Hypochondriacal .

كلاسيكية التفاعل بين الطبيب والمريض ، حدد فيها بيرن ولونج (Byrne and Long (1976 أنماط التفاعل التى تمتد من تمركز الطبيب (١) حتى تمركز المريض (٢). ويتجه الطبيب فى النمط الأول إلى استخدام أسئلة مباشرة مع تركيزه على المشكلة الأولية ، التى يذكرها المريض مع تجاهل محاولات المريض لذكر مشكلات أخرى . ويتضمن النمط الثانى استخدام قدر أكبر من الاسئلة المفتوحة ، مع تشجيع الطبيب للمريض لتقديم المزيد من المعلومات ، ودعوته للمشاركة فى اتخاذ القرار . وعلى الرغم من اختلاف النمط الذى يستخدمه الطبيب ، فإن كل فرد يستخدم نمطًا متسقًا مع كل مرضاه ، الذين يقوم بعلاجهم . والفشل فى الاستجابه لكل مريض ، بوصفه فرداً مختلفًا عن غيره ، يجعل من المحتوم غالبًا حدوث عدم تطابق فى التوقعات .

وكانت الدراسات المختلفة متسقة فى عرضها لحقيقة أن المرضى يفضلون الأطباء ، الذين يظهرون حساسية ، ودفئاً ، وانشغالاً على أولئك ، الذين يبدون منفصلين وغير مهتمين (Dimatteo , 1985) . بالإضافة إلى ذلك ، يصبح المرضى أكثر رضًا بالاستشارة الطبية إذا مامنحوا إمكانية تفسير مشكلتهم أو مشكلاتهم لشخص ماينصت لهم ، ويقدم لهم تفسيرًا واضحًا لحالتهم وللعلاج المقدم لهم (Feletti et al ., 1986) . وهذه القضية مهمة على وجه الخصوص ، إذا وضعنا فى الاعتبار أن نتائج البحوث توصلت لوجود صله قوية بين رضاء المريض بالاستشارة واذعانه للنصيحة الطبية . وقد وجد كورش وزملاؤه (Korsch et al., (1968 من خلال تقييمهم لأمهات ، يترددن على عيادة خارجية للأطفال أن أولئك اللاتى كن شديدات الرضا بدفء الطبيب واهتمامه وتزويده لهن بالمعلومات ، كن أميل بمقدار ثلاثة أضعاف للإذعان للنصيحة الطبية مقارنة باللاتى لم يكن راضيات .

عدم الإذعان

يعتقد أن المرضى غير المذعنين للنظم الطبية ، وبالتأكيد غير المذعنين أيضًا للتدخلات النفسية واسعى الانتشار . ويوضح ديماتيو ودينيكولا (Dimatteo and Dincola (1982 اللذان أجريا مراجعةً للدراسات أن هناك تباينًا متسعًا فى معدلات عدم الإذعان . ويقدران أن مريضًا من كل ثلاثة مرضى فى المتوسط لايتعاون مع التوصيات الطبية ، أثناء العلاجات الطويلة ، وأن بين ٢٠ إلى ٨٠ فى المائة من المرضى يتخلون عن التوقف عن التدخين ، أو يتوقفون عن الاستمرار فى البرامج العلاجية لخفض الوزن (Dunber and Agras , 1980) ويأخذ عدم التعاون أشكالاً مختلفة . مثال ذلك أن يفشل المرضى فى الالتزام بالتعليمات الخاصة بالوزن أو التوقف عن التدخين ، التى تصمم للوقاية من الأمراض ، وقد يفشلون فى التقيد بالتدخلات العلاجية التى تصمم لخفض ضغط الدم ، أو يفشلون فى الالتزام بالنظم الطبية المعدة للتخفف من المرض ، من خلال تغيير كمية العقاقير المستهلكة ، أو عدد الأيام ، التى يتعين أن يتعاطوا فيها العلاج . وعلى أقل تقدير يؤدى عدم الإذعان إلى تبديد الموارد الصحية . وقد يؤدى بالإضافة إلى ذلك إلى عودة ظهور الأعراض أو نوبة المرض .

ولاشك أن التباين الواسع فى تقديرات عدم الإذعان يعكس صعوبات التقييم ، فالنتائج غالبًا ماتعتمد على عدد حبات الدواء ، وتقارير الطبيب أو المعالج ، أو تقارير المريض الذاتية . وهذه الأخيرة هى الأسلوب الأكثر إستخدامًا فى البحوث المنشورة لتقديرات الإذعان (Caron,1985) ، وبافتراض أن المرضى يميلون لمقاومة الاعتراف بعدم الإذعان، فإن المدى الحقيقى لعدم الإذعان يمكن أن يتجاوز

(1) Doctor - Centred .
(2) Patient - Centred .

التقديرات الحالية . وبعض أكثر التقديرات ثباتًا للاذعان ، مثل : اختبار مؤشرات وجود أوكسيد الكربون أو النيكوتين فى الدم ، بالنسبة للتوقف عن التدخين غير عملية فى الممارسة الإكلينيكية اليومية ، ومن المحتم أن يقاس عدم الاذعان دائمًا على أساس التقديرات الأكلينيكية .

العوامل المؤثرة فى الإذعان :

تم فحص ثلاثه عوامل عريضة تتعلق بالإذعان هى : خصائص المريض ، وجوانب العلاج ، والعلاقه بين الطبيب والمريض . ولم يثبت جدوى البحث عن خصائص محدده ، يمكن أن تنبئ بمن سيذعن ومن لن يذعن للعلاج . وقد طبق نموذج المعتقدات الصحية ، الذى سبق مناقشته بطريقة أكثر فعالية، فالمرضى الذين لايتعاونون مع العلاج يميلون للأعتقاد بأنهم أقل تعرضاً للمرض ، ويعتقدون بقدر أقل فى فعالية الطب الحديث ، كما يعتقدون أن تكاليف العلاج كبيرة للغاية.

وتتضمن المتغيرات الأخرى المؤثرة فى الإذعان ، المدى الذى يصل إليه فهم المرضى لما يقال لهم أثناء الاستشارة الطبية ، ومقدار مايستطيعون تذكره ، مما يقال لهم ، ويذكر لى (Ley (1988 فى تلخيص لعدد من الدراسات ، التى فحصت مدى فهم المرضى لتشخيص حالتهم الطبية والنظام الطبى الموصوف لهم ، أن عدد المرضى الذين لم يفهموا نظامهم الطبى يتراوح بين ٥ فى المائة و ٦٩ فى المائة، حسب تقديرات خبراء . ولاشك أن الكثير من هؤلاء المرضى سيفشلون فى الإذعان للجرعات الطبية الصحيحة أو فترة تناولها . وحتى إذا كان المرضى يفهمون ، إلا أنهم قد لايتذكرون ماقيل لهم . وفى مراجعة لى (Ley (1988 لعدد من الدراسات الخاصة بتذكر المعلومات الطبية ، يذكر أن مقدار المعلومات الطبية ، التى يتذكرها مرضى المستشفيات يتراوح بين ٤٠ إلى ٧٠ فى المائة .

ويؤثر كل من طبيعة مرض المريض والعلاج الموصوف له على إذعانه . فبالنسبة للأمراض الحادة ذات الأعراض غير المحببة ، والتى تشفى مباشرة بالعلاج يكون إحتمال الإذعان مرتفعاً . وعلى النقيض من ذلك الأمراض المزمنة التى تتطلب علاجًا لأماد طويلة ، حيث يميل الإذعان للضعف (Sackett and Snow , 1979) ؛ وقد روجع الإذعان لعلاج السكر فى الجزء التالى من هذا الفصل . بالإضافة إلى ذلك ، فبقدر تعقد النظام العلاجى بقدر انخفاض احتمالات الالتزام الدقيق بالعلاج (Haynes , 1976) . وعندما يتطلب العلاج تغييراً جوهريًا فى نمط الحياة ، مثل مايتطلبه خفض الوزن ، أو برامج التوقف عن التدخين، يصبح الالتزام بالبرنامج الكامل عندئذ أكثر ميلاً للانخفاض (المرجع السابق) . ويميل الإذعان أيضًا للضعف عند ظهور أعراض جانبيه . ومن المؤكد أن هناك الكثيرين ممن يجادلون ، فى ضوء هذه الأعراض الجانبيه ، فى أن عدم الإذعان يمكن أن يكون تكيفيًا فى بعض الأحيان . وعلى الرغم من ذلك ، إذا كان تقرير المريض لمزايا العلاج أرجح من تقديره للأعراض الجانبيه فيحتمل أن يذعن له .

خبرة العلاج

قد تكون توقعات التعرض لإجراءات طبية غير سارة مصدراً لإثارة القلق لعدد كبير من الأسباب؛ إذ يتعين أن يحاط المرضى بالألم وعدم الراحة ، اللذين يتوقع أن يعانوا منهما . وقد لاتكون لديهم ألفة سابقة بالإجراءات ، وقد يكونوا قلقين من التشخيص أو من مآل المرض (Eldmann , 1992 : 207) والمرضى الأكثر قلقًا قبل إجراء عملية جراحية هم الأكثر ميلاً لتقرير تعرضهم لآلام تالية للجراحة ، ويطلبون علاجات مسكنة أكثر ، ويبقون فى المستشفى لفترات أطول ، ويذكرون درجة أكبر من القلق والاكتئاب خلال فترة تعافيهم (Anderson and Masur , 1983) . وقد أدى ذلك إلى قدر كبير من

البحوث التى تفحص الاستراتيجيات المختلفة ، التى تصمم لخفض القلق الذى يسبق إجراء الجراحات والقلق التالى للجراحة فى عدد من الجراحات بما فى ذلك جراحات الأسنان . وقد اتجه التدخل فى هذه الحالة الأخيرة إلى التحكم فى القدر المتوسط من الخوف ، وتجنب علاج الأسنان .

وتتضمن الأساليب النفسية المصممة لإعداد المرضى تزويدهم بالمعلومات ، وعلاجًا نفسيًا ، ونمذجة، وتحكمًا سلوكيًا ، وعلاج معرفى سلوكيًا ، وتنويمًا ، أو تنويمًا فقط . وهناك دلائل على أن كل هذه الإجراءات كان لها تاثير مفيد فى خفض الكدر ، على الرغم من أن الآليه التى تعمل بها هذه الأساليب مازالت بعيده عن الوضوح حتى الآن . وقد أشارت جميع المراجعات المتعددة لهذه البحوث ، التى ظهرت خلال العقد الآخير (مثال ذلك : Ludwick - Rosental , and Neufeld , 1988) إلى الصعوبات المنهجية ، التى تمنع التوصل إلى استخلاصات حاسمة . وتتضمن هذه المشكلات الفشل المتكرر فى تضمين البحوث مجموعات ضابطة ، والفشل فى تأكيد ما إذا كان تدخلاً نفسيًا معينًا قد استخدمه المريض المعين بالفعل ، كما أن استخدام علاجات متعددة معًا يجعل من الصعب تأكيد ما إذا كان مكون معين فيها هو المؤثر على وجه الخصوص ام غيره ، وكذلك استخدام تقديرات مختلفة للنتائج فى الدراسات المختلفة ، واستخدام مجموعات غير متجانسه من المفحوصين ؛ من حيث الاجراءات الجراحية التى تعرضوا لها ، ومن حيث تاريخهم السابق على هذه الجراحات .

ويبدو أن أكثر أساليب التدخل فعالية من المنظور السلوكى ومؤشرات التقدير الذاتى معًا ، هو النمذجة [1] فى حالة الأطفال على وجه الخصوص ، على الرغم من أن مراجعة سيل وزملائه (Saile et al 1988) . تقدم تقديرات أكثر حذرًا . وتبدو التدخلات المعرفية السلوكية واعدة ، غير أن هناك القليل من الدراسات التقييمية التى استخدمت هذا الأسلوب . وكانت الدراسات التى استخدمته تميل لأستخدام حزمة متعددة المكونات (مثال ذلك : Wells et al ., 1986) .

وبالنظر إلى الخوف من جراحات الاسنان وتجنبها ، فإن العديد من تقارير الحالة تشهد على فعالية التسكين [2] ، سواء استخدم منفردًا (مثال ذلك : Klepac , 1975) أو مع النمذجة . (مثال ذلك Kleinknecht and Bernstein , 1978) لخفض كل من الخوف ، ولتشجيع الزيارة المنتظمة لطبيب الأسنان ، وتوحى الدراسات التى تعتمد على المقارنة بين المجموعات أن أساليب الإغراق [3] والتدريب على مهارات التغلب [4] والاسترخاء ، والتدريب على التعليمات الذاتية [5] ، والعلاج المعرفى السلوكى قد لاقت درجات من النجاح ، وفق كل من مقاييس القلق ومقاييس العلاج (Gauthier et al ., 1985 ; Getka and Glass , 1992 ; Terremalm et al ., 1986)

استخلاصات وتوصيات :

يلعب علم النفس الصحى دورًا رئيسيًا فى كل من مجالى تحسين الصحة والوقاية من الأمراض ، وفى زيادة فهمنا لخبرة أن نكون مرضى ، ونتلقى علاجًا طبيًا ، وفى الحصول على فهم أوضح للعوامل التى تحسن من سوء استخدام الناس للخدمات الصحية ، أو فشلهم أو تأخرهم فى استخدامها ، أو العوامل التى تؤثر فى ممارستهم للسلوك الصحى ، والتى يمكن أن يكون لها تأثير عميق على تغيير

(1) Modeling .
(2) Desensitisation .
(3) Flooding .
(4) Coping Skills training .
(5) Self instructional training .

السلوك . ولهذا الأخير دلالات فى مجال كبير من الأمراض المهددة للحياة بما فى ذلك الأمراض الأكثر حداثة : الإيدز وسرطان الجلد . ومن المؤكد أن الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين كانت لهم مشاركة طويلة فى الجهود ، التى تهدف إلى التأثير فى أنماط السلوك الصحى ، مثل : تشجيع الناس على التوقف عن التدخين ، أو تغيير عاداتهم الغذائية لخفض مخاطر أمراض القلب ، على الرغم من حدوث ذلك على المستوى الفردى والجمعى فقط .

ويحتمل أن يكون دور الأخصائى النفسى الأكلينيكى فى تخطيط وتصميم الحملات وتقديم النصح فى التدخلات على أسس مجتمعية مهما فى المستقبل ، كما يتضح ذلك من المحاولات الراهنة للتحكم فى انتشار فيروس الإيدز (Morin , 1988) ، ولعلم النفس دور مهم أيضاً فى كل من تيسير التحكم الذاتى فى المرض ، وفى خفض الكدر والقلق من التدخل الجراحى . ومرة أخرى ، يتعين عدم المبالغة فى تقييم دور الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين فى النصح والتخطيط على مستوى الجناح أو المستشفى .

تدبر الأمراض المزمنة :

يشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أية حالة تتضمن قدراً من الإعاقة ، التى تحدث نتيجة لتغيرات مرضية (باثولوجية) غير إرتدادية [1] ، تتطلب تدريباً ودافعية من جانب المرضى للعناية بأنفسهم . وتتراوح مثل هذه الحالات بين الحالات الصغرى نسبياً مثل فقدان السمع الجزئى ، وحتى الحالات الخطيرة المهددة للحياة مثل السرطان وأمراض القلب والسكر . وتتزايد الأمراض المزمنة لسببين رئيسيين: ١) تحسين العلاج فى المراحل الأولية الحرجة للمرض الحاد أو للاورام (مثال ذلك الجلطة الدماغية والذبحة الصدرية) بما يعنى أن الناس يظلوا أحياء ، وبالتالى عليهم أن يعيشوا مع مترتبات ، تستمر على مدى طويل لمثل هذه الأمراض . ٢) تزايد العدد النسبى من المسنين فى العالم الغربى ، وأفراد هذه الفئة أكثر عرضة للأمراض المزمنة . وتواجه الأمراض المزمنة الفرد بمدى متسع من التحديات ، وبالإضافة إلى الآثار الجسمية والآلام المصاحبة للأمراض المزمنة ، فإن الناس يميلون للتعرض لمشكلات اجتماعية وانفعالية . ويعد اضطراب الأداء الجنسى الناتج عن المرض والعلاج ، أو عن أحدهما من الأمور الشائعة أيضاً . مثال ذلك أنه قد يكون مصحوباً بتوتر مفرط [2] أو أمراض القلب والسرطان (Anderson et al ., 1989) .

يضاف إلى ذلك ماقد يكون للأساليب الطبية لعلاج أعراض الأمراض المزمنة من مترتبات غير سارة (مثال ذلك العلاج الكيميائى للسرطان) ، أو قد يكون من الصعب الالتزام بها (مثال ذلك علاج السكر) ، وبالتالى يمكن للتدخلات النفسية أن تتجه نحو تدبر الألم أو التحكم فيه . وقد صممت تدخلات معرفية سلوكية لمساعدة الناس على التغلب على الآثار النفسية للمرض ،أو للاستجابة للعلاج ولمساندتهم لأقصى حد ، أو للعمل مع العائلات . كما صممت تدخلات معرفية سلوكية لتعزيز التدبر الذاتى للمرض ، بالاضافة إلى الإرشاد النفسى الجنسى أو الإرشاد للمساعدة فى عمليات التوافق مع التشوهات أو الإعاقة.

وبهدف مناقشة هذه القضايا فى السياق المناسب ، سنقدم مراجعة مختصرة للجوانب الجسمية والانفعالية للمرض ، بالإضافة إلى التقييم المعرفى للشخص ومصادر المساندة الاجتماعية باعتبارها عوامل وسيطة فى مجال الأمراض المزمنة.

(1) Non - reversible .
(2) Hypertension .

تأثير الامراض المزمنه

المشكلات الجسمية والمرض المزمن

تتضمن المشكلات الجسمية التى تنشأ عن الأمراض المزمنة كل مصاحبات المرض ذاته ، وتلك التى تصاحب أى نوع من العلاج . وتتضمن المشكلات المصاحبه للمرض الألم ، مثل : الآم الصدر التى يعانيها مرضى القلب ، وعدم القدرة على التنفس فى اضطرابات التنفس ، والتغيرات الأيضية المصاحبة للسرطان ، أو الإعاقة البدنية المصاحبة لتصلب الشرايين المتعدد ، أو لجروح الحبل الشوكى . يضاف إلى ذلك الازمه الكبرى ، التى يعانيها المرضى ، الذين يتأثر مظهرهم البدنى بالمرض مثلما يحدث فى حالة الحروق الشديدة أو استئصال الثدى ، وهى الأزمة المتعلقة بإحساسهم بأنفسهم نتيجة لتبدل مظهرهم .

ولسوء الحظ .. فإن العلاج الطبى للأمراض غالبًا مايكون أكثر اضعافًا من المرض . وغالبًا مايعانى مرضى السرطان الذين يتلقون علاجا كيميائيًا من الغثيان والقئ وسقوط الشعر وتغير لون البشرة (Burish et al ., 1987) ويتعين على مرضى السرطان الذين يتلقون علاجاً إشعاعياً أن يتغلبوا على حروق الجلد والمشكلات المعوية والهضمية (Nail et al ., 1986)

ردود الفعل الانفعالية للأمراض المزمنة :

يصبح المرضى ، على الفور وبمجرد تشخيص مرض مزمن ، فى حالة أزمة ، تتسم بعدم التوازن البدنى والاجتماعى والنفسى (Moos , 1977) . ومن بين ردود الفعل الشائعة القلق والاكتئاب والإنكار . وبينما يمكن اعتبار مثل هذه الإرجاع معتادة ومفيدة فى بعض مراحل التوافق مع المرض المزمن ، إلا أنها يمكن أن تعرقل التعافى أو العلاج . ولهذا يصبح من المهم تحديد ردود الفعل التوافقية ، والأخرى غير التوافقية ، وتقديم العلاج النفسى الملائم .

وتتباين درجات القلق على امتداد فترة المرض ، مثال ذلك أن قياساً متتابعًا للقلق لدى مرضى الذبحة الصدرية الذين دخلوا المستشفى ، يبين أن القلق كان فى أعلى درجاته عند الدخول لوحدة العناية المركزة للقلب ، وفور تحويل المريض بعد ذلك إلى الجناح . ثم يتناقص القلق بعد ذلك بسرعة خلال الاسبوع الثانى ، ثم يرتفع مرة أخرى قبل الخروج من المستشفى ، ثم يهبط إلى أدنى درجاته ، بعد أربعة أشهر من الخروج من المستشفى ، وعلى الرغم من ذلك فإن العودة إلى العمل تصاحبها زيادة أخرى فى القلق (Thompson et al ., 1987) . وبالتالى تميل كل نوبة آلم صدرى ، وهى مايمكن أن يحدث لعدة شهور أو أعوام تالية بعد الخروج من المستشفى – لأستثارة قلق كل من المرضى وعائلاتهم (Lango-sch , 1984) وبالقطع تثير حالة عدم التأكد التى تصاحب النتائج والمترتبات الأولية لتغير نمط الحياة زيادة فى القلق ، كما يوجد قدر مشابه من الزيادة فى القلق يصاحب الفحوص الطبية أو العلاج . وبينما يكون القلق معتاداً فى مثل هذه الظروف ، إلا أن بقاء مستوياته مرتفعة يمكن أن يُعد مشكلة ؛ لأنه يؤثر فى التوافق الجيد للمريض . وتوحى البحوث أن المرضى مرتفعى القلق ضعيفى القدرة على التغلب على مشكلات العلاج الإشعاعى للسرطان (Graydon , 1988) ويظهرون تحسنًا ضعيفًا فى الذبحة الصدرية ، ويتضمن ذلك انخفاض تال فى ميلهم للعودة إلى العمل (Maeland and Havik , 1978)

ويشيع الاكتئاب أيضًا فى الأمراض المزمنة ، وتذكر نسبة من المرضى ، تصل إلى واحد من كل

---

(1) Parkinson's disease .
(2) Reheumatoid arthritis .

ثلاثة من المرضى المقيمين وجود أعراض اكتئابية متوسطة على الأقل (Rodin and Voshart , 1986) . وقد تبين أن الزياده فى الاكتئاب تصاحب شدة المرض فى حالة مرض باركنسون (Dakof and Mendelson , 1986) ومقدار الألم، ومدى الإعاقة فى حالة التهاب المفاصل (Hewley and Wolp , 1988 ; Fitzpatric et al ., 1988) ودرجه العجز البدنى فى حالة مرض السكر (Littl efleld et al ., 1990) وبنقص الدعم الاجتماعى أو أحداث الحياة السلبية لدى مرضى السرطان (Bukberg et al ., 1984) . وعلى الرغم من إمكان حدوث الاكتئاب فى أى مرحلة من مراحل عمليات التوافق، إلا أنه يميل إلى الحدوث فى فترة متأخرة عن القلق، مرتبطاً بادراك المرضى لتعقيدات حالتهم، ومثلما يحدث فى القلق، يعيق الاكتئاب إعادة التأهيل والتعافى، مثال ذلك أن المرضى الاكتئابيين من أصحاب الجلطة الدماغية يميلون إلى البقاء فى المستشفى لفترات أطول من الوقت مقارنة بغير الاكتئابيين (Cushman , 1986) كما أن مرضى الذبحة الصدرية المكتئبين أقل ميلاً للعودة لعملهم، متأخرين فى ذلك لمدة عام، كما أنهم أكثر ميلاً للبقاء فى المستشفى (Stern et al ., 1977) . ولسوء الحظ ولأن عديداً من أعراض الأكتئاب مثل فقدان الشهية وفقدان الوزن وقلة النوم تعد أعراضاً للمرض أيضاً فينتج عن ذلك عدم تشخيص الاكتئاب أو علاجه .

هناك رد فعل أخير شائع للتشخيص، هو إنكار أو تجنب تعقيدات المرض . ويمكن لردود الفعل هذه أن توفر حماية – على المدى القصير – من المواجهة الفورية لمدى واسع من المشكلات، التى تشكلها أمراضهم، ويحتمل أن تزودهم بمزيد من الوقت، لاستخدام استراتيجيات تغلب أخرى . وبالتالى تخدم بذلك وظيفة وقائية، مثال ذلك أن مرضى الذبحة الصدرية ممن لديهم مستوى عالٍ من الإنكار لتأثير حالتهم، يظهرون خلال فترة إقامتهم فى المستشفى، أقل قدر من الضيق (Havik and Mealand , 1990) وعلى الرغم من ذلك، يمكن للإنكار أن يؤدى – على المدى البعيد – إلى إعاقة عمليات التعافى، إذ قد يفشل المرضى فى ملاحظة حالتهم أو الالتزام بالنظام الدوائى، أو يفشلون فى تغيير نمط حياتهم بطريقة يمكن أن تعزز المستوى الكيفى لحياتهم . وبالتالى تكون أساليب الإنكار والتجنب بمثابة عوامل خطر على المدى البعيد لاستجابة عكسية للمرض (Felton et al ., 1984) . وقد ارتبط الهرب – التجنب فى أحد التقارير الحديثة بقدر متزايد من الكدر الانفعالى لدى مرضى السرطان، الذين شخص ٧٢ فى المائة منهم على أن لديهم سرطاناً بادئاً خلال السنوات الخمس السابقة (Dunkel and Schetter et al ., 1992) . وعلى النقيض من ذلك، كان المرضى من أصحاب استجابات المواجهة، الذين يسعون للحصول على النصح أو المساندة، ممن يركزون على الإيجابيات والذين يؤمنون أنهم يستطيعون التحكم فى مرضهم بأنفسهم أميل لإظهار قدر أقل من الكدر النفسى (مثال ذلك : Affleck et al ., 1987 ; Dunkel - Schetter et al ., op . cit .) وبالتالى يعتمد التدبر الفعال على تحديد أى الاستراتيجيات هى التى تيسر التعافى فى أى مراحل المرض ولأى مريض على وجه الخصوص . وعلى ذلك يمكن استخدام مثل هذه المعلومات لمساعدة المرضى فى عمليات تطوير أساليب تغلب فعالة . وتلعب معتقدات المرضى حول مرضهم دوراً جوهرياً على المدى البعيد فى التأثير على توافقهم .

التقييم المعرفي للمرض المزمن

يرتبط المرض المزمن بحتمية تغيير نمط الحياة، وهو التغيير الذى يتضمن التحكم فى نوع الغذاء،

(1) Feedback .

(2) Token - economy .

والتنبه الشديد لعودة الأعراض ، وتغيير الانشطة اليومية ، أو عدم تجاوز حدود نمط معين للحياة بصفة عامة . وتتأثر كيفية توافق الناس مع مشكلاتهم الصحية بدرجة جوهرية بتقيمهم الذاتى ، وإدراكاتهم وردود أفعالهم لمرضهم .

وقد تبين أن لوم الذات مرتبط بالتوافق الضعيف فى بعض الدراسات (مثال ذلك : بالنسبة لمرضى الحروق Kieolt - Glaser and Williams , 1987) ، وبالتوافق الجيد فى البعض الآخر (مثال ذلك فى حالة ضحايا الحوادث Bulman and Wortman , 1977) . ويعلق تيرنكوست وزملاؤه Turnquist et al . (1988) فى مراجعتهم للعلاقة بين إعزاءات المرض والتوافق ، مشيرين إلى أن المرضى الذين يقدمون تفسيرات عليّة ، سواء صريحة أو غير صريحة لمرضهم يحققون نتائج عضوية وانفعاليه ايجابيه مقارنه بالمرضى الذين يفشلون فى تقديم تفسيرات عليّه . وعلى الرغم من ذلك فإن لوم شخص اخر مثل أفراد الأسرة أو زملاء العمل كان مؤشراً أكثر اتساقًا على عدم التوافق (مثال ذلك : Affeck et al ., 1978) .

نتيجة أخرى متسقة ، هى أن المرضى الذين يؤمنون أنهم يستطيعون التحكم فى مرضهم أظهروا توافقًا نفسيًا أفضل من المرضى ، الذين لايؤمنون بذلك ، وهذه النتيجة مستقلة عن إمكانية التحكم أو عدم التحكم فى الجانب العضوى للمرض . وقد أمكن الحصول على نتائج متسقة فى حاله مرضى السرطان (مثال ذلك : Taylor et al ., 1984) وفى حالة مرضى التهاب المفاصل (Affeck et al ., 1987) والجلطة الدماغية (Partridge and Johnston , 1989) ومرضى جروح الحبل الشوكى (Schulz and Decker , 1985) .

وعلى الرغم من ذلك يبدو أن الجوانب الواقعية للمرض العضوى تحد من العوامل المعرفية المتعلقة بالصحة . وقد وجد داكوف ومندلسون Dakof and Mendelsohn (1989) ارتباطًا لدى مرضى باركنسون ، من ذوى الدرجة البسيطة والمتوسطة ، بين أحساسهم بالتحكم ، واعتقادهم أن الأمور كان يمكن أن تكون أسوأ ، وقدرتهم على استبعاد الأفكار السلبية عن أذهانهم وبين توافقهم النفسى الجيد. وعلى الرغم من ذلك ، يذكر المرضى ذوى العجز الشديد زيادة فى السلبية أو الأكتئاب ، فيما يخص معتقداتهم . وقد توصل روزنبوم وبالمون (Rosenbaum and Palmon (1984 لنتائج مشابهة لدى مرضى الصرع ، وكان القلق المنخفض والاكتئاب مرتبطًا بإعتقادهم فى إمكان التحكم فى النوبات الصرعية ، فى حالة المرضى أصحاب النوبات القليلة أو المتوسطة ، أما المرضى من ذوى النوبات الصرعية مرتفعة التكرار ، فقد ذكروا تأثيرات سلبية دون اعتبار لاعتقادهم حول إمكانية التحكم فى النوبات . وعلى الرغم من هذه النتائج ، فإن التدخل النفسى يتجه على أى الأحوال إلى تشجيع المعتقدات المعرفية الصحية والأكثر فعاليه ، كما يمكن أن يؤدى إلى آثار مفيدة للعديد من المرضى .

الدعم الاجتماعى :

يتعزز التوافق مع المرض المزمن أيضًا بتوفر نظام فعال للدعم الاجتماعى ., Wallston et al) 1983) . وكانت الصلة بين العلاقات الاجتماعية الجيدة والتوافق الإيجابى محوراً لدراسات ،أجريت على مرضى السرطان (مثال ذلك : Neuling and winefield ,1988) . ومرضى التهاب المفاصل (Fitzpatrick et al ., 1988 ; Littlefield et al ., 1990) ومرضى السكر (ومرضى جروح الحبل الشوكى (Schulz and Decker , 1985) . وقد توصلت الدراسات بالإضافة إلى ذلك إلى أن الدعم الاجتماعى من الأسرة والأصدقاء يخفض من الكدر ، خلال التعافى من أمراض الشريان التاجى

مثال ذلك : Fantana et al ., 1989) وارتبطت العلاقة الزواجية التدعيمية بتحكم أفضل فى مرض السكر (مثال ذلك : Marteau et al ., 1987) . ويعانى مرضى الإيدز ممن يدركون توفر قدر أكبر من الدعم ، قدراً أقل من الاكتئاب ومشاعر فقدان الحيلة (Zich and Temoshok , 1987) . وأحدى الإمكانات القائمة هى أن « النوع الصحيح » من الدعم يساعد الفرد فى جهوده للتغلب على المشكلات . وبالتالى فإن الدعم الاجتماعى الفعال يعتمد على تطابق احتياجات الفرد ومايتلقاه من أولئك الذين يضمهم محيطه . وترى دراسة حديثة (Dakof and Taylor , 1990) أن الأشخاص المختلفين فى محيط للعلاقات الاجتماعية إنما يقُدرون ، من خلال مايقدمون ، من أنماط للدعم ، ويقدر الدعم العاطفى عندما يأتى من الأشخاص ذوى الصلة الوثيقة بالمريض ، أو ممن هم فى مستواه . بينما تقدر المعلومات والنصيحة إذا جاءت من الخبراء .

علاوة على ذلك يعمل المرض المزمن بمثابة المهدد للمصادر الاجتماعية ، ويؤثر تمزق حياة أحد أعضاء الأسرة بشكل حتمى فى حياة الآخرين ، ويمكن للمرض المزمن أن يؤدى إلى انسحاب اجتماعى . وقد يشعر الأصدقاء الذين يقدمون الدعم الاجتماعى فى المعتاد ، بعدم قدرتهم على التعامل مع المريض، وبالتالى يسحبون دعمهم (Wortman and Dunkel - Schetter , 1979) لهذا يمكن أن توجه التدخلات النفسية فى مجال المرض المزمن بصورة مفيدة نحو القضايا المتعلقة بالدعم الاجتماعى وزياده فعاليه مصادر الدعم القائمة ، وتيسير عمل جماعات الدعم ، وزيادة مشاركة عائلات المرضى المزمنين فى علاجهم، بالإضافة إلى مساعدة الأسرة نفسها على التغلب ، وإلى كل المجالات التى يمكن لعلم النفس أن يسهم فيها .

التدخلات النفسية

بالأخذ فى الاعتبار الجوانب العضوية والانفعالية فى المرض المزمن وعلاجه ، وحقيقة أن التأثيرات العكسية أو المناوئة يمكن أن تتحسن من خلال التقييم المعرفى ومصادر الدعم الاجتماعى ، فإن جهود إعادة التأهيل يمكن أن توجه بشكل ناجح إلى كل عامل من هذه العوامل . ويحتمل أن تلعب التدخلات المعرفية السلوكية للتحكم فى الألم دوراً مهماً متزايداً على المستوى العضوى ، ويلعب التدبر السيكلوجى بالمثل دوراً فى ردود الفعل الانفعالية المناوئة فى المرض المزمن . وكما سبق أن ذكرنا فإن استراتيجيات تعديل التقييم المعرفى أو التأثير فى المصادر الاجتماعية للشخص يحتمل أن تؤدى إلى زيادة التوافق النفسى الإيجابى . وهناك ثلاثة جوانب معينة فى التدخل النفسى مع المرضى المزمنين ستراجع باختصار فى هذا الجزء الأخير وهى : استراتيجيات تحقيق خفض فى الألم ، واستراتيجيات تعديل ردود الفعل السلبيه ، واستراتيجيات تدبر ردود الفعل المناوئة للعلاج أو صعوبة الالتزام بالنظام العلاجى .

التغلب على الألم :

يظل التحكم فى الألم بمثابة المشكلة الخطيرة بالنسبة للكثيرين من المرضى بأمراض مزمنة . ويُقدر دالتون وفيورشتاين (Dalton and Feuerstein (1988 على سبيل المثال أن ٢٥ فى المائة من مرضى السرطان لايجدون راحة من آلامهم . وعلى الرغم من أن العقاقير تظل هى الطريقة الاولية لعلاج الآلام المتعلقه بالسرطان ، إلا أن الأساليب السلوكية أصبحت تستخدم الآن (Davis et al ., 1987) ، وقد فحصت أيضاً علاقة التدخلات المعرفية السلوكية بالتهاب المفاصل . مثال ذلك أن أوليرى وزملاءه (O'Leary et al . (1988 قسموا بصورة عشوائية المرضى فى مجموعتين ، تلقت الأولى برنامجا للعلاج المعرفى السلوكى ؛ حيث تم تعليمهم مهارات تدبر التوتر والألم واعراض المرض ، وزود أفراد

المجموعه الأخرى بالمعلومات عن التهاب المفاصل . ومن خلال كتاب للمعاونة الذاتية ، يوفر تفاصيل حول التدبر الذاتى لالتهاب المفاصل . وقد أشارت النتائج إلى أن مجموعة العلاج المعرفى السلوكى عانت من قدر منخفض من الآلم والتهاب المفاصل ، وتحسنا فى الأداء النفسى .

وعلى الرغم من إسهام الأخصائيين النفسيين بشكل واسع فى دراسة الألم المزمن وتدبره ، فقد اقتصر ذلك بصفة عامة على آلام العضلات والمفاصل ، وبالاخص آلام أسفل الظهر ، وآلام الأوعية الدموية، وبالأخص الصداع النصفى والآلام الخادعة للأطراف المبتورة . وقد حظيت آلام السرطان والتهاب المفاصل بقدر أقل من الاهتمام . ويجب أن لايقتصر التدخل النفسى على المساعدة فى التحكم فى الألم ؛ إذا يمكن أن يساعد أيضًا على الحد من مترتبات الألم مثل اضطرابات النوم والتهيج وبقية الصعوبات السلوكية الأخرى .

التغلب على الانفعالات :

قام عدد من الدراسات بفحص إمكانية استخدام أساليب التدخل النفسية لمساعدة المرضى فى التغلب على القلق أو الاكتئاب أو كليهما ، فى كل من المرحلة الحادة من المرض (فور حدوث الذبحة الصدرية أو بمجرد تشخيص احتمال وجود مرض مهدد للحياة على سبيل المثال) ، وكذلك خلال مسار المرض المزمن (فى حالة الربو مثلا) .

وهناك بعض الدلائل على أن التدخل النفسى فى الحالات الأولى الحادة للعناية بالشرايين التاجية يمكن أن تكون له نتائج مفيدة وفق كل من المؤشرات النفسية والطبية (مثال ذلك ; Gruen , 1975 Thompson and Meddis , 1990). وقد قام جروين Gruen فى إحدى الدراسات الحديثة بتصنيف سبعين مريضًا بالذبحة الصدرية . أما فى مجموعة ضابطة تتلقى العناية المعتادة فى المستشفى ، أو فى مجموعة علاجية تتلقى دعمًا وتعزيزًا وتطمينًا . وقد تحسنت حالة المجموعة ، التى تلقت تدخلاً على عدد من المقاييس ، بما فى ذلك عدد أيام بقاء أفرادها فى المستشفى ، وقلقهم سواء خلال فترة إقامتهم أو على امتداد أربعة أشهر تالية من المتابعة (Gruen, op . cit.) . وفى دراسة أحدث صنف تومسون وميدس Thompson and Meddis ستين مريضا بالذبحة الصدرية أدخلو إلى وحدة العناية بالقلب نتيجة لمعاناتهم للمره الاولى لذبحة صدرية حادة فى إحدى مجموعتين ، الأولى علاجية تتلقى إرشاداً داخل المستشفى بالإضافة إلى الرعاية المعتادة والثانية ضابطة تتلقى الرعاية المعتادة فقط . وقد سجلت مجموعة الارشاد درجة أقل جوهريًا من القلق مقارنه بمجموعة العلاج الروتينى فقط ، وقد سجلت مجموعة للإرشاد درجة أقل جوهريًا من القلق ، مقارنة بمجموعة العلاج الروتينى فقط فى المستشفى ، وعلى مدى ستة أشهر من المتابعة . وبالنظر إلى هذه النتائج وغيرها ، يعلق تومسون بالآتى « إن مثل هذا التدخل البسيط مفيد فى المرحلة الحادة علاجيًا وهو كفء واقتصادى ، ويمكن تقديمه بشكل روتينى للمرضى الذين يعانون من ذبحة صدرية لأول مرة » (Thompson and Meddis , 1990 : 247)

وقام وردين ووايزمان(1981) Worden and Weisman بتقييم فعالية نوعين مختلفين من أساليب التدخل العلاجى النفسى ، يستغرق كل منهما أربع جلسات من حيث مقدار خفضهما للكدر الانفعالى ، وتحسين مهارات التغلب لدى مرضى ، شخصوا حديثًا على أن لديهم سرطانًا مقارنة بمجموعة ضابطه لم تتلق علاجًا . وكان دور المعالج فى الطريقة الأولى ، وهى العلاج المتمركز حول العميل هو مساعدة المرضى على تحديد واكتشاف أساليب حل المشكلات ، التى يعانون منها . وقدم فى الأسلوب الثانى ، وهو التدخل المتمركز حول المشكلة أسلوب يقوم على حل المشكله خطوة خطوة. وقد أدت كل من

الطريقتين العلاجيتين إلى انخفاض جوهرى للكدر الانفعالى على إمتداد سلسلة قياسات المتابعة ، وتمكن أفراد المجموعتين من حل المشكلات بطريقة أكثر فعاليه مقارنة بمجموعة ضابطة ، ولم يكن هناك فرق بين مجموعتى التدخل .

وبالنسبة لمسار أى مرض ، فإن المرضى يتفهمون خبرات ردود الفعل المتباينة ، ويعد تحديد علاقة العوامل النفسية بمسار المرض ، وتطوير برامج تدخل فعالة من الأمور المهمة على وجه الخصوص . وقد قام عدد من الدراسات بتقييم التدخلات النفسية فى أمراض الشرايين التاجية لدى المرضى ، فور خروجهم من المستشفى . مثال ذلك أن بورجيس وزملاءه (1987) . Burgess et al صنفوا عشوائياً مجموعة من مرضى الذبحة الصدرية ، أما فى برنامج لتأهيل مرضى القلب ، يتضمن ارشاداً معرفياً سلوكيا ، وأما فى برنامج للعناية اللاحقة بالقلب . وسجلت مجموعة التأهيل على أمتداد ثلاثة شهور قدراً أقل من القلق والاكتئاب والكدر مقارنة بالمجموعة الضابطة ، على الرغم من عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين فى نهاية ثلاثة شهور من المتابعة . وعلى الرغم من ذلك يعلق بندى Bundy من خلال مراجعة للدلائل المستخلصه من عدد كبير من البحوث التى قيمت التدخلات النفسية التالية للذبحة الصدرية بالاتى : « أن أغلبها كان ناجحا على بعض مقاييس تقييم النتائج » (Bundy , 1989 : 170). وقد استخدمت مجموعة كبيرة من أساليب التدخل تتضمن التنويم والاسترخاء والتسكين المنظم والتدبر بوصفها علاجا للربو (مثال ذلك : Yorkston et al ., 1974) . وعلى الرغم من أن الهدف من مثل هذه التدخلات كثيرا ماكان تحسين أداء الرئتين ، إلا أن هناك دلائل قليلة على فعاليتها فى هذا المجال . وعلى أى الأحوال ، فمثل هذه العلاجات تعد ذات قيمة ، عندما يكون التوتر أو القلق مصاحبين ثانويين للربو . وقد استخدمت التدخلات النفسية أيضاً لمساعدة المرضى وازواجهم للتغلب على المترتبات النفسية فى مجال عدد اخر من الامراض المزمنة بما فى ذلك السرطان (مثـال ذلك : Heinrich and Schag , 1985) والسكتة الدماغية (Krantz and Deckel , 1983) . ولهذه الأساليب للتدخل دور واضح فى تحسين قدرة الشخص على التغلب على المرض بمجرد تشخيصة .

المشكلات المرتبطة بالعلاج الطبي :

هناك مشكلتان رئيسيتان مرتبطتين بالعلاج الطبى ، برهنتا على أنهما طيعتان للتدخلات النفسية، وهما : التأثيرات المناوئة للعلاج الطبى ، والمشكلات المتعلقة بالالتزام بالنظام الطبى . وتتضمن المشكلة الاولى الغثيان والقئ المصاحبان للعلاج الكيميائى ، والقلق والهلع المصاحبان لغسيل الكلى فى المراحل النهائية لأمراض الكلى . وقد فحصت قضية الالتزام بالنظام الطبى على نطاق واسع فى صلتها بمرض السكر . وعلى الرغم من وجود عدد من الآثار الجانبية غير السارة للعقاقير المستخدمة فى العلاج الكيميائى ، فإن هذه الاثار تصبح أسوأ نتيجة لردود الفعل النفسية التشريطية لخبرة العلاج . وقد يعانى المريض من توقع الغثيان والقئ دون أن يكون قد سبق له التعرض لعلاج كيميائى على الإطلاق . وتتضمن العوامل ذات الصلة بتوقع الغثيان والقئ شدة إحساسات الغثيان التالى للعلاج ، والقئ والقلق ، ويميل المرضى الأصغر سناً أيضاً للتعرض لتوقع الغثيان والقئ Watson and ; Marrow et al ., 1991) Marvell,1992) ويبدو الغثيان والقئ بمثابة مقاومه للعلاج على وجه الخصوص . لذلك تركز قدر جوهرى من الانتباه على التدخل النفسى (للمراجعة ، أنظر : Cary and Burish , 1988 ; Morrow and Dobkin , 1988) وتتضمن هذه التدخلات التدريب على الاسترخاء (مثال ذلك : Burish and Lyles , 1981) والتسكين المنظم (Morrow , 1986) والتدريب على الاسترخاء مع التخيل (مثال ذلك : Burish et al ., 1987) والتشتت المعرفى للانتباه (مثال ذلك : Redd et al ., 1987) وقد وجد

بيرش وليلس (1981) Burish and Lyles أن المرضى الذين يتعلمون الاسترخاء المصحوب بتحكم موجه ، ممن استخدموا هذا التحكم أثناء الاسترخاء ، وعند تعاطى العقاقير ، قبل العلاج الكيميائى مباشرة أظهروا مستويات منخفضة من الكدر والغثيان والقلق على كل من تقديرات المرضى والممرضات، مقارنة بمجموعة ضابطة لم تتلق استرخاءً . وفى تقرير تالٍ قام بيرش وزملاؤه (1987)., Burish et al بتعليم مجموعه من المرضى الاسترخاء والتحكم الموجة قبل الدورة الأولى للعلاج الكيميائى وأوضحت المؤثرات انخفاضًا فى توقع الغثيان والقئ خلال الدورة الرابعة والخامسة من العلاج الكيميائى وحيث كان من المتوقع حدوثه فيهما . كما كانت مؤشرات توقع الغثيان والقئ منخفضة جوهريًا بالنسبة لمجموعة العلاج مقارنة بمجموعة ضابطة لم تتلق علاجا. ووجد مورو (1986) Morrow فى دراسة اخرى أن التسكين المنظم أفضل من الاسترخاء والإرشاد ، وأفضل من عدم أستخدام أى علاج لخفض توقع الغثيان والقئ .

وهناك عدد من احتمالات تفسير كيفية وأسباب فعالية التدخلات النفسية , Cary and Burish) 1988 ; Morrow and Dobking , 1988) وأحد هذه التفسيرات هى أن هذه الاساليب تؤدى إلى تشتت المريض بقدر كافٍ فى اتجاهات بعيدة عن العلاج الكيميائى ، ونتيجة لهذا لايعود التشريط إلى الظهور ومن المؤكد أن الأمر قد يكون كذلك فى تلك الدراسات التى تستخدم الاسترخاء والتخيل الموجه أو التشتت المعرفى ، وحيث يتم الانتباه سواء إلى إحساسات بدنية سارة أو إلى خيالات سارة ، ولكن لايحتمل أن يكون هذا هو التفسير الذى يمكن تطبيقة فى حاله التسكين المنظم ، والذى يركز الانتباه على وجه الخصوص نحو منبهات منفرة ، متعلقة بخبرة العلاج الكيميائى .

التفسير الثانى هو أن الاسترخاء عبارة عن مكون فعال . ومن المؤكد أن الكثير من البحوث توحى أن الاسترخاء بوصفه علاجًا لتوقع الغثيان والقئ يخفض من الاستثاره النفسية ., Burish et al) 1982) وقد يخفض أيضًا من المكون الذاتى للقلق ، الذى قد يعمل بمثابة منبه تشريطى لتوقع الغثيان والقئ . وقد يخفض الاسترخاء أيضًا من التوتر العضلى فى التقلصات المعوية ، وبالتالى يكون له تأثير مباشر فى خفض إحتمالات الغثيان والقئ . وقارنت دراسات قليلة بين أساليب التدخل المختلفة لتوقع الغثيان والقئ ، وربما تتمكن هذه الدراسات من توضيح الآلية التى تعمل هذه العلاجات النفسية وفقا لها.

وقد تبين بالمثل أن الاسترخاء كان فعالاً فى خفض القلق والهلع ، المرتبطين بغسيل الكلى فى المراحل الأخيرة من المرض . وعند تزامن استخدام التسكين المنظم والتدبر ، تبين أيضًا أن الاسترخاء يكون فعالاً فى خفض تكرار حدوث القئ المصاحب لغسيل الكلى (انظر : Long , 1989) .

وبالإضافة إلى خفض الكدر المصاحب للعلاج ، استخدمت التدخلات النفسية بصورة جيدة لتحسين الالتزام بالعلاج . ويعد هدف علاج السكر هو المحافظة على بقاء سكر الدم فى المستويات العادية. ويتم تحقيق ذلك من خلال الحقن بالانسولين والتحكم فى الوزن ، وممارسة الرياضة ، وتنظيم الغذاء مثل خفض السكر والكربوهيدرات فيه ، والتحكم فى التوتر ويصبح النظام (الرجيم) أكثر تعقيداً نتيجة للحاجة إلى تعديل كل عامل من هذه العوامل ، بين وقت وآخر ، بناء على مستوى نشاط المرضى ، ومراقبتهم بأنفسهم لمستوى الجلوكوز فى الدم . ومن المحتم أن يتضمن مثل هذا التنظيم الذاتى تحديداً إراديًا للغذاء وممارسة الرياضة والمراقبة الدقيقة لجلوكوز الدم وهو أمر لايبدو سهلاً . ويبدو أن الأمور المتعلقة بالغذاء وممارسة الرياضة هى أكثر الجوانب صعوبة فى التحكم فى علاج السكر ، وبالتالى وعلى

الرغم من أن نتائج البحوث متضاربة ، يبدو أن الدعم الاجتماعى الضئيل والتوتر النفسى يرتبطان بالتحكم الذاتى الضعيف (Goodal and Halford, 1991) . وقد استخدمت أساليب تدخل متنوعة ؛ بهدف تحسين التحكم الذاتى فى مرض السكر ، تتضمن توفير المعلومات ، والتدريب على المهارات والتدخلات على أسس سلوكية .

والفروض الأساسية فى الكثير من برامج التعليم فى مجال علاج السكر ، هى أن المرضى لايتدبرون حالهم بشكل فعال ؛ لأنهم يفتقرون إلى المعلومات الضرورية . وعلى الرغم من أن كثيراً من هذه الدراسات التعليمية تذكر تحسناً فى المعلومات حول السكر ، إلا أن هذا لايترجم إلى تحكم فعلى أفضل فى السكر ، على المدى البعيد ، أو فى خفض معدل دخول المستشفى Goodal and Halpord , 1991) Shillitoe , 1988 ; وقدم عدد قليل من الدراسات (مثال ذلك : Mc Culloch et al ., 1983) تدريبا على المهارات ، وعائد (١) بالاضافه إلى معلومات أساسية . وقد طلب ماك كلوش وزملاؤه من المرضى أن يختاروا من قائمة طعام ، وأن يتعرفوا الأنواع والكميات الملائمة لهم من الأطعمة ، المسموح بها من بين تلك الواردة فى القائمة . ويتلقى المرضى رد فعل فورى (عائد) من أخصائى التغذية . وبعد سبعة أيام من التجربة ، أظهرت سجلات التقدير الذاتى للأطعمة تحسناً فى التحكم الغذائى للمجموعة ، التى تلقت عائداً ، مقارنة بمجموعتين قدمت لإحداهما معلومات وللأخرى تعليماً .

وقام عدد من الدراسات بتقييم أساليب التدخل السلوكى ؛ لتحسين التحكم الغذائى لدى الأطفال والمراهقين والراشدين . وهدفت الدراسات التى تتضمن راشدين أساساً خفض الوزن ، على الرغم من أن بعضها ركز على مساعدة المرضى على المشاركة فى إعطاء الحقن لأنفسهم ،أو فى المراقبة الفعالة لمستوى السكر فى الدم لديهم .

والنتائج الخاصة بهذه الدراسات غير مشجعة مما حدا بمجموعة من الباحثين Wing et al .,) 1988) لتأكيد ضرورة أن تتضمن أكثر برامج العلاج الخاصة بالتحكم الذاتى فعاليه حزمة تدخلات متعددة المكونات . تتضمن تعليم المرضى مراقبة السكر فى الدم بطريقة صحيحة ، واستخدام هذه المعلومات كأساس لعمل تعديلات فى السلوك ، من خلال حقن أنفسهم ومنح أنفسهم تغزيزات (مكافآت) على جهودهم ؛ لتحسين ضبط سكر الدم والتحكم فى التوتر وضبط التغذية ، وممارسة الرياضة .

وتتضمن التدخلات النفسية التى تستهدف الأطفال والمراهقين التحديد المنظم للأهداف ، ومراقبة الذات والتعاقدات السلوكية وبرامج ممارسة الرياضة تحت الاشراف ، وتدريب على المهارات . مثال ذلك أن كارنى وزملاءه (Carney et al . (1983 نفذوا برنامجاً للتعزيز باستخدام العملات الرمزية (٢) وحيث تُعطى نقاط عن كل اختبار ، دقيق ومناسب لمستوى الجلوكوز ، كما جعلوا التقريظ الوالدى مصاحباً للقيام بالاختبار دون تنبيه أو تذكير عند إجرائه خلال دقيقة من الموعد المحدد له . وعلى الرغم من تحقق تحسن فى التحكم الذاتى والتحكم فى سكر الدم ، إلا أن العينه الصغيره (ثلاثة اطفال) والمتابعة المحدوده (أربعة اشهر) تحد من النتائج .

ولسوء الحظ .. فإن جوانب النقد هذه شائعة فى الكثير من الدراسات فى هذا المجال .

وهناك قضيه أخرى تتعلق بالمراهقين على وجه الخصوص هى الجزء من الدور الذى تلعبه ضغوط الأقران متسببة فى انحراف فى التحكم فى النظام العلاجى . وقد أدى ذلك بالبعض إلى تقييم التدريب

(1) Feedback .
(2) Token-economy .

على المهارات الاجتماعيه لتحسين المقاومة التوكيدية لمثل هذه الضغوط ، على الرغم من أن النتائج لايتوقع أن تكون إيجابية بالضرورة . مثال ذلك إن جروس وزملاءه (Gross et al . (1983 وجدوا تحسناً فى مستوى المهارات الاجتماعية لدى الاطفال بين ٩ - ١٢ سنة ، ممن شاركوا فى دراستهم ، دون وجود تحسن فى التحكم فى سكر الدم .

خلاصة وتوصيات :

تزايد خلال العقود القليلة السابقة ، وبصورة ثابتة ، الحجم النسبى للأمراض ، بما فى ذلك الأمراض المزمنة . ويصبح التغلب على الألم والمشكلات الجسمية والاجتماعية والانفعالية أكثر تعلقاً من الشفاء من المرض فى مثل هذه الحالات . وبالتالى يمكن توجيه التدخلات النفسية نحو تدبر الألم، ومساعدة المرضى وعائلاتهم على التغلب على الآثار الانفعالية والاجتماعية لكل من المرض وعلاجه ، ولتعزيز التدبر الذاتى فى إطار العلاج الطبى . وعلى الرغم من أن علماء النفس الأكلينيكيين أسهموا على نطاق واسع فى دراسة الألم وتدبره ، وبالأخص آلام أسفل الظهر ، إلا أن تدبر الألم المتعلق بالسرطان والتهاب المفاصل حظى بقدر أقل من الاهتمام . وعلى النقيض من ذلك ، قام عدد من الدراسات باختبار إمكانية تطبيق اساليب التدخل النفسى للمساعدة على التغلب على القلق والاكتئاب ، أو كليهما فى المرحله الحاده من المرض (مثال ذلك بعد الذبحة الصدرية) وفور تشخيص إمكانية وجود مرض مهدد للحياة (السرطان على سبيل المثال) ، وخلال مسار الامراض المزمنة (الربو مثلاً) . وقد برهنت التدخلات النفسية بالإضافة إلى ذلك على أنها مفيدة على وجه الخصوص فى مساعدة المرضى على التغلب على الآثار المناوئة للعلاج الطبى (مثال ذلك الغثيان والقئ المصاحبين للعلاج الكيميائى ، والقلق والهلع المصاحبيين لغسيل الكلى) ، وفى تحسين التدبر الذاتى للمرض (فى السكر على سبيل المثال) . ويحتمل أن تكون أحد الأهداف الرئيسية لعلم النفس الصحى الأكلينيكى فى المستقبل تطوير تدخلات أخرى فعالة ؛ لمساعده الناس على التغلب على المترتبات النفسية للأمراض الجسمية وعلاجاتها . ويحتمل أن تتيسر بعض الدلالات الخاصة بمثل هذه التدخلات ؛ نتيجة للإسهام النشط لعلماء النفس الاكلينيكين فى مستويين : تفعيل الرعاية النفسية مع بداية تلقى الرعاية الطبية ، وتدريب المهنين الصحيين الآخرين على الأساليب النفسية لمساعدة المرضى المزمنين وعائلاتهم فى التغلب على المرض والعلاج .

References

Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. and Fifield, C. (1987) 'Appraisals of control and predictability in adapting to chronic disease', *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 273–9.

Ajzen, I. and Madden, T. J. (1986) 'Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control', *Journal of Experimental Social Psychology* 22: 453–74.

Ampofo-Boateng, K. and Thomson, J. A. (1989) 'Child pedestrian accidents: A case for preventive medicine', *Health Education Research* 5: 265–74.

Anderson, B. L., Anderson, B. and deProsse, C. (1989) 'Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: 1. Sexual functioning outcomes', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 683–91.

Anderson, K. O. and Masur, F. T. (1983) 'Psychological preparation for invasive medical and surgical procedures', *Journal of Behavioral Medicine* 6: 1–40.

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: 'Toward a unifying theory of behavioral change', *Psychological Review* 84: 191–15.

Batchelor, W. F. (1988) 'AIDS 1988: The science and the limits of science', *American Psychologist* 43: 853–8.

Becker, M. H. (ed.) (1974) 'The health belief model and personal health behavior', *Health Education Monograph* 2: 324–508.

Becker, M. H. and Joseph, J. G. (1988) 'AIDS and behavior change to reduce risks: A review', *American Journal of Public Health* 78: 394–410.

Becker, M. H. and Rosenstock, I. M. (1984) 'Compliance with medical advice', in A. Steptoe and A. Mathews (eds) *Health Care and Human Behaviour*, London: Academic Press.

Blair, S. N., Kohl, H. W., Paffenberger, R. S. Jr, Clark, D. G., Cooper, K. H. and Gibbons, L. W. (1989) 'Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women', *Journal of the American Medical Association* 262: 2395–401.

Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. R. and McPherson, B. D. (1990) 'Exercise, fitness, and health: the consensus statement', in C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens, J. R. Sutton and B. D. McPherson (eds) *Exercise, Fitness and Health*, Champaign, Ill.: Human Kinetics Press.

Brubaker, R. G. and Wickersham, D. (1990) 'Encouraging the practice of testicular self-examination: a field application of the theory of reasoned action', *Health Psychology* 9: 154–63.

Bukberg, J., Penman, D. and Holland, J. C. (1984) 'Depression in hospitalized cancer patients', *Psychosomatic Medicine* 46: 199–212.

Bulman, J. R. and Wortman, C. B. (1977) 'Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot', *Journal of Personality and Social Psychology* 35: 351–63.

Bundy, C. (1989) 'Cardiac disorders', in A. Broome (ed.) *Health Psychology: Process and Applications*, London: Chapman and Hall.

Burgess, I. S., Lerner, D. J., D'Agostino, R. B., Vokanas, P. S., Hartman, C. R. and Gaccione, P. (1987) 'A randomised control trial of cardiac rehabilitation', *Social Science and Medicine* 24: 359–70.

Burish, T. G. and Lyles, J. N. (1981) 'Effectiveness of relaxation training in reducing aversive reactions to cancer chemotherapy', *Journal of Behavioral Medicine* 4: 65–78.

Burish, T. G., Carey, M. P., Krozely, M. G. and Greco, F. A. (1987) 'Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: prevention through behavioral treatment', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 42–8.

Byrne, P. S. and Long, T. G. (1976) *Doctors Talking to Patients*, London: HMSO.

Carey, M. P. and Burish, T. G. (1988) 'Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: a critical review and discussion', *Psychological Bulletin* 104: 307–25.

Carney, R. M., Schechter, K. and Davis, T. (1983) 'Improving adherence to blood glucose testing in insulin-dependent diabetic children', *Behavior Therapy* 24: 247–54.

Caron, H. S. (1985) Compliance: 'The case for objective measurement', *Journal of Hypertension* 3 (Supplement 1): 11–17.

Crandall, L. A. and Duncan, R. P. (1981) 'Attitudinal and situational factors in the use of physician services by low income persons', *Journal of Health and Social Behavior* 22: 64–77.

Craun, A. M. and Deffenbacher, J. L. (1987) 'The effects of information, behavioral rehearsal, and prompting on breast self-exams', *Journal of Behavioral Medicine* 10: 351–65.

Cushman, L. A. (1986) 'Secondary neuropsychiatric complications in stroke: Implications for acute care', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 69: 877–9.

Dakof, G. A. and Mendelsohn, G. A. (1986) 'Parkinson's disease: the psychological aspects of a chronic illness', *Psychological Bulletin* 99: 375–87.

Dakof, G. A. and Mendelsohn, G. A. (1989) 'Patterns of adaption to Parkinson's disease', *Health Psychology* 8: 355–72.

Dakof, G. A. and Taylor, S. E. (1990) 'Victims' perceptions of social support: what is helpful to whom?' *Journal of Personality and Social Psychology* 58: 80–9.

Dalton, J. A. and Feverstein, M. (1988) 'Biobehavioral factors in cancer pain', *Pain* 32: 137–47.

Davis, M., Vasterling, J., Bransfield, D. and Burish, T. G. (1987) 'Behavioral interventions in coping with cancer-related pain', *British Journal of Guidance and Counselling* 15: 17–28.

DiMatteo, M. R. (1985) 'Physician–patient communication: promoting a positive health care setting', in J. C. Rosen and L. J. Solomon (eds) *Prevention in Health Psychology*, Hanover, NH.: University Press of New England.

DiMatteo, M. R. and DiNicola, D. D. (1982) *Achieving Patient Compliance*, New York: Pergamon.

Dishman, R. K., Sallis, J. F. and Orenstein, D. R. (1985) 'The determinants of physical activity and exercise', *Public Health Reports* 100: 158–71.

Dubbert, P. M. (1992) 'Exercise in behavioral medicine', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 613–18.

Dunbar, J. M. and Agras, W. S. (1980) 'Compliance in medical instructions', in J. M. Ferguson and C. B. Taylor (eds) *Comprehensive Handbook of Behavioural Medicine, Vol. 3*, New York: Spectrum.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. and Falke, R. L. (1992) 'Patterns of coping with cancer', *Health Psychology* 11: 79–87.

Edelmann, R. J. (1992) *Anxiety: Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology*, Chichester: John Wiley.

Feletti, G., Fireman, D. and Sanson-Fisher, R. (1986) 'Patient satisfaction with primary-care consultations', *Journal of Behavioral Medicine* 9: 389–400.

Felton, B. J., Revenson, T. A. and Hinrichsen, G. A. (1984) 'Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults', *Social Science and Medicine* 18: 889–98.

Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Massachusetts: Addison-Wesley.

Fitzpatrick, R., Newman, S., Lamb, R. and Shipley, M. (1988) 'Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis', *Social Science and Medicine* 27: 399–403.

Flora, J. A. and Thoresen, C. E. (1988) 'Reducing the risk of AIDS in adolescents', *American Psychologist* 43: 965–70.

Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L. and Colonese, K. L. (1989) 'Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model', *Health Psychology* 8: 175–93.

Garland, C., Barrett-Conner, E., Suaret, L., Criqui, W. H. and Wingard, D. L. (1985) 'Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers', *American Journal of Epidemiology* 121: 645–50.

Gauthier, J., Savard, F., Halle, J. P. and Dufour, L. (1985) 'Flooding and coping skills training in the management of dental fear', *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 14: 3–15.

Getka, E. J. and Glass, C. R. (1992) 'Behavioral and cognitive-behavioral approaches to the reduction of dental anxiety', *Behavior Therapy* 23: 443–8.

Goodall, T. A. and Halford, W. K. (1991) 'Self-management of diabetes mellitus: a critical review', *Health Psychology* 10: 1–8.

Goodenow, C., Reisine, S. T. and Grady, K. E. (1990) 'Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis', *Health Psychology* 9: 266–84.

Graydon, J. E. (1988) 'Factors that predict patients functioning following treatment for cancer', *International Journal of Nursing Studies* 25: 117–24.

Gross, A. M., Heimann, L., Shapiro, R. and Schulz, R. M. (1983) 'Children with diabetes: Social skills training and hemoglobin Alc levels', *Behavior Modification* 7: 151–64.

Gruen, W. (1975) 'Effects of brief psychotherapy during the hospitalization period on the recovery process in heart attacks', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 223–32.

Havik, O. E. and Maeland, J. G. (1990) 'Patterns of emotional reactions after myocardial infarction', *Journal of Psychosomatic Research* 34: 271–85.

Hawley, D. J. and Wolfe, F. (1988) 'Anxiety and depression in patients with reumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients', *Journal of Rheumatology* 15: 932–41.

Haynes, R. E. (1976) 'A critical review of the "determinants" of patient compliance with therapeutic regimes', in D. L. Sackett and R. B. Haynes (eds) *Adherence, Compliance, and Generalization in Behavioral Medicine*, New York: Brunner/Mazel.

Heinrich, R. L. and Schag, C. C. (1985) 'Stress and activity management: group training for cancer patients and spouses', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 439–46.

Janz, N. K. and Becker, M. H. (1984) 'The health belief model: a decade later', *Health Education Quarterly* 11: 1–47.

Jeffery, R. W. (1989) 'Risk behaviors and health: contrasting individual and population perspectives', *American Psychologist* 44: 1194–202.

Jerremalm, A., Jansson, L. and Ost, L.G. (1986) Individual response patterns and the effects of different behavioural methods in the treatment of dental phobia', *Behaviour Research and Therapy* 24: 587–96.

Johnston, D. and Steptoe, A. (1989) 'Hypertension', in S. Pearce and J. Wardle (eds) *The Practice of Behavioural Medicine*, Oxford: BPS Books/Oxford University Press.

Joseph, J. G., Montgomery, S. B., Emmons, C., Kessler, R. C., Ostrow, D. G., Wortman, C. B., O'Brien, K., Eller, M. and Eshleman, S. (1987) 'Magnitude and determinants of behavioral risk reduction: longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS', *Psychology and Health* 1: 73–96.

Kannel, W. B. and Eaker, E. D. (1986) 'Psychosocial and other features of coronary heart disease: Insights from the Framingham Study', *American Heart Journal* 112: 1066–73.

Keesling, B. and Friedman, H., S. (1987) 'Psychosocial factors in sunbathing and sunscreen use', *Health Psychology* 6: 477–93.

Kiecolt-Glaser, J. K. and Williams, D. A. (1987) 'Self-blame, compliance, and distress among burn patients', *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 187–93.

Kirscht, J. P. (1983) 'Preventive health behavior: a review of research and issues', *Health Psychology* 2: 277–301.

Kleinknecht, R. A. and Bernstein, D. (1978) 'Assessment of dental fear', *Behaviour Research and Therapy* 9: 626–34.

Klepac, R. K. (1975) 'Successful treatment of avoidance of dental work by desensitization or increasing pain tolerance', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 6: 307–10.

Koplan, J. P., Caspersen, C. J. and Powell, K. E. (1989) 'Physical activity, physical fitness, and health: time to act', *Journal of the American Medical Association* 262: 2437.

Korsch, B. M., Gozzi, E. K. and Francis, V. (1968) 'Gaps in doctor–patient communication: 1. Doctor–patient interaction and patient satisfaction', *Journal of Pediatrics* 42: 855–71.

Krantz, D. S. and Deckel, A. W. (1983) 'Coping with coronary heart disease and stroke', in T. G. Burish and L. A. Bradley (eds) *Coping with Chronic Disease: Research and Applications*, New York: Academic press.

Langosch, W. (1984) 'Behavioural interventions in cardiac rehabilitation, in A. Steptoe and A. Mathews (eds) *Health Care and Human Behaviour*, London: Academic Press.

Ley, P. (1988) *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance*, London: Croom Helm.

Ley, P. (1989) 'Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance', in A. Broome (ed.) *Health Psychology: Process and Applications*, London: Chapman & Hall.

Littlefield, C. H., Rodin, G. M., Murray, M. A. and Craven, J. L. (1990) 'Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes', *Health Psychology* 9: 737–49.

Long, C. L. (1989) 'Renal care', in A. Broome (ed.) *Health Psychology: Process and Applications*, London: Chapman & Hall.

Ludwick-Rosenthal, R. and Neufeld, R. W. J. (1988) 'Stress management during noxious medical procedures: An evaluative overview of outcome studies', *Psychological Bulletin* 104: 326–42.

McCulloch, D. K., Mitchell, R. D., Ambler, J. and Tattersall, R. B. (1983) 'Influence of imaginative teaching of diet on compliance and metabolic control in insulin dependent diabetes', *British Medical Journal* 28: 1858–61.

Maeland, J. G. and Havik, O. E. (1987) 'Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction', *Journal of Psychosomatic Research* 31: 471–81.

Manstead, A. S. R., Proffitt, C. and Smart, J. L. (1983) 'Predicting and understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior: testing the theory of reasoned action', *Journal of Personality and Social Psychology* 44: 657–71.

Marteau, T. M., Bloch, S. and Baum, J. D. (1987) 'Family life and diabetes control', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 28: 823–33.

Matorazzo, J. D. (1980) 'Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology', *American Psychologist* 35: 807–17.

Mattson, M. E., Pollack, E. S. and Cullen, J. W. (1987) 'What are the odds that smoking will kill you?' *American Journal of Public Health* 77: 425–31.

Mays, V. M. and Cochran, S. D. (1988) 'Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by Black and Hispanic/Latino women', *American Psychologist* 43: 949–57.

Moos, R. H. (1977) *Coping with Physical Illness*, New York: Plenum.

Morin, S. F. (1988) 'AIDS: The challenge to psychology', *American Psychologist* 43: 838–45.

Morrow, G. R. (1986) 'Effect of the cognitive hierarchy in the systematic desensitisation of anticipatory nausea in cancer patients: a component comparison with relaxation only, counselling and no treatment', *Cognitive Therapy and Research* 10: 421–66.

Morrow, G. R. and Dobkin, P. L. (1988) 'Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: prevalence, etiology, and behavioral interventions', *Clinical Psychology Review* 8: 517–56.

Morrow, G. R., Lindke, J. and Black, P. M. (1991) 'Anticipatory nausea in cancer patients: Replication and extension of a learning model', *British Journal of Psychology* 82: 61–72.

Nail, L. M., King, K. B. and Johnson, J. E. (1986) 'Coping with radiation treatment for gynecologic cancer: Mood and disruption in usual function', *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 5: 271–81.

Neuling, S. J. and Winefield, H. R. (1988) 'Social support and recovery from breast cancer: Frequency and correlates of supportive behavior by family, friends and surgeon', *Social Science and Medicine* 27: 385–92.

O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K. and Holman, H. R. (1988) 'A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis', *Health Psychology* 7: 527–44.

Osborn, J. E. (1988) 'The AIDS epidemic: six years', in L. Breslow, J. E. Fielding and L. B. Lave (eds) *Annual Review of Public Health, Vol. 9*, Palo Alto, Calif. :Annual Reviews.

Partridge, C. J. and Johnston, M. (1989) 'Perceived control and recovery from stroke', *British Journal of Clinical Psychology* 28: 53–60.

Redd, W. H., Jacobson, P. B., Die-Trill, M., Dermatis, H., McEvoy, M. and Holland, J. (1987) 'Cognitive/attentional distraction in the control of conditioned nausea in paediatric cancer patients receiving chemotherapy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 391–5.

Rodin, G. and Voshart, K. (1986) 'Depression in the medically ill: an overview', *American Journal of Psychiatry* 143: 696–705.

Rosenbaum, M. and Palmon, N. (1984) 'Helplessness and resourcefulness in coping with epilepsy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52: 244–53.

Sackett, D. L. and Snow, J. C. (1979) 'The magnitude of compliance and non-compliance', in R. B. Haynes, D. W. Taylor and D. L. Sackett (eds) *Compliance in Health Care*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Safer, M. A., Tharps, Q. J., Jackson, T. C. and Leventhal, H. (1979) 'Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic', *Medical Care* 17: 11–29.

Saile, H., Burgmeier, R. and Schmidt, L. R. (1988) 'A meta-analysis of studies of psychological preparation of children facing medical procedures', *Psychology and Health* 2: 107–32.

Schulz, R. and Decker, S. (1985) 'Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame', *Journal of Personality and Social Psychology* 48: 1162–72.

Shekelle, R. B., Hulley, S. B., Neaton, J. D., Billings, J. H., Borhani, N. O., Gerace, T. A., Jacobs, D. R., Lasser, N. L., Mittlemark, M. B. and Stamler, J. (1985) 'The MRFIT behavior pattern study: II. Type A behavior and incidence of coronary heart disease', *American Journal of Epidemiology* 122: 559–70.

Shillitoe, R. W. (1988) *Psychology and Diabetes: Psychosocial Factors in Management and Control*, London: Chapman & Hall.

Solomon, M. Z. and DeLong, W. (1986) 'Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implication for AIDS health education', *Health Education Quarterly* 13: 301–16.

Stall, R. D., Coates, T. J. and Hoff, C. (1988) 'Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men', *American Psychologist* 43: 878–85.

Stern, M. J., Pascale, L. and Ackerman, A. (1977) 'Life adjustment post-myocardial infarction: determining predictive variables', *Archives of Internal Medicine* 137: 1680–85.

Stone, G. C. (1991) 'An international review of the emergence and development of health psychology', in M. Jansen and J. Weinman (eds) *The International Development of Health Psychology*, Reading, UK: Harwood Academic Publishers.

Taylor, S. E., Lichtman, R. R. and Wood, J. V. (1984) 'Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer', *Journal of Personality and Social Psychology* 46: 489–502.

Thompson, D. R. and Meddis, R. (1990) 'A prospective evaluation of in-hospital counselling for first time myocardial infarction men', *Journal of Psychosomatic Research* 34: 327–48.

Thompson, D. R., Webster, R. A., Cordle, C. J. and Sutton, T. W. (1987) 'Specific sources and patterns of anxiety in male patients with first time myocardial infarction', *British Journal of Medical Psychology* 60: 343–8.

Turnquist, D. C., Harvey, J. H. and Anderson, B. L. (1988) 'Attributions and adjustment to life-threatening illness', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 55–65.

Verbrugge, L. M. (1985) 'Gender and health: an update on hypotheses and evidence', *Journal of Health and Social Behavior* 26: 156–82.

Wallston, B. S., Alagna, S. W., De Vellis, B. and De Vellis, R. F. (1983) 'Social support and physical health', *Health Psychology* 2: 367–91.

Warwick,. M. C. and Salkovskis, P. M. (1990) 'Hypochondriasis', *Behaviour Research and Therapy* 28: 105–17.

Watson, M. and Marvell, C. (1992) 'Anticipatory nausea and vomiting among cancer patients: a review', *Psychology and Health* 6: 97–106.

Weinstein, N. D. (1982) 'Unrealistic optimism about susceptibility of health problems', *Journal of Behavioral Medicine* 45: 441–60.

Weinstein, N. D. (1987) 'Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample', *Journal of Behavioral Medicine* 10: 481–500.

Weinstein, N. D. (1988) 'The precaution adoption approach', *Health Psychology* 7: 355–86.

Weisenberg, M., Kegeles, S. S. and Lund, A. K. (1980) 'Children's health beliefs and acceptance of dental preventive activity', *Journal of Health and Social Behavior* 21: 59–74.

Wells, J. K., Howard, G. S., Nowlin, W. F. and Vargas, M. J. (1986) 'Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 831–5.

Wing, R. R., Epstein, L. H ., Nowalk, M. P. and Lamparski, D. M. (1986) 'Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus', *Psychological Bulletin* 99: 78–89.

Worden, J. W. and Weisman, A. D. (1984) 'Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients', *General Hospital Psychiatry* 6: 243–9.

Wortman, C. B. and Dunkel-Schetter, C. (1979) 'Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis', *Journal of Social Isues* 35: 120–55.

Wurtele, S. K. and Maddux, J. E. (1987) 'Relative contribution of protection motivation theory components in predicting exercise intentions and behavior', *Health Psychology* 6: 453–66.

Yorkston, N. J., McHugh, R. B., Brady, R., Serber, M. and Sergeant, H. G. S. (1974) 'Verbal desensitization in bronchial asthma', *Journal of Psychosomatic Research* 18: 371–6.

Zich, J. and Temoshok, L. (1987) 'Perceptions of social support in men with AIDS and ARC: Relationships with distress and hardiness', *Journal of Applied Social Psychology* 17: 193–215.

Zola, I. K. (1973) 'Pathways to the doctor – from person to patient', *Social Science and Medicine* 7: 677–89.

الفصل السادس والعشرون

فحص اضطرابات الأكل والوزن

Disorders of eating and Weight

Jane Wardle جين واردل